This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

**A propos de ce livre**

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

**Consignes d'utilisation**

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

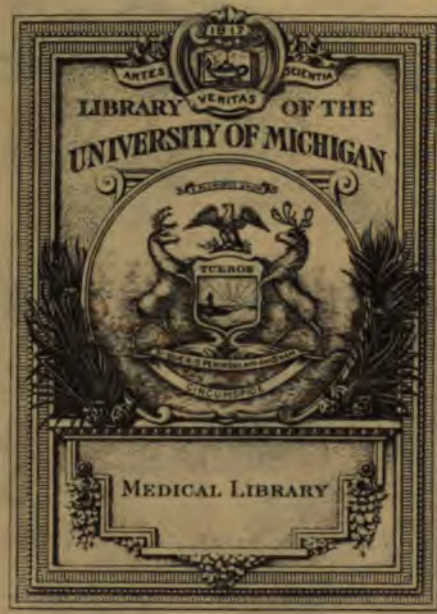
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

**À propos du service Google Recherche de Livres**

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY

610.
A16
C58

# BULLETIN

DE LA

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE PLON FRÈRES,
RUE DE VAUGIRARD, 36.

Académie de chirurgie, Paris

# BULLETIN

DE LA

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

# DE PARIS

PENDANT LES ANNÉES 1851 ET 1852.

---

TOME DEUXIÈME.

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1852

# TABLE

## ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

## DES MATIÈRES.

### A

Abcès froid de la cuisse. Présentation de malade par M. Larrey, 490.

— par congestion (des injections iodées dans les). Observations par M. Robert, 577.

Air comprimé. Son emploi dans les déformations du thorax consécutives aux épanchements pleurétiques, par M. Pravaz, rapport par M. Debout, 319.

Amputations (mémoire sur les causes de mortalité à la suite des), par M. James, rapport par M. Giraldès, 343. — Discussion, 344.

— partielles et mixtes du pied. Pièces d'anatomie présentées par M. Verneuil, 528.

Anévrismes. De leur traitement par la galvano-puncture, par M. Vial, de Saint-Étienne; rapport par M. Boinet, 196. — Lettre de M. Pétrequin, 202. — Remarques par M. Debout, 212.

— de l'artère poplitée; rupture du sac. Observation par M. Boulay, interne de M. Robert, 275.

— artérioso-veineux. Rapport de M. Marjolin sur l'observation présentée par M. Monneret, 68.

— artérioso-veineux. Communication entre l'artère brachiale au pli du bras et la veine collatérale interne. Note par M. Letenneur, 99.

— (cas d') de l'artère fémorale gauche communiqué par M. Huguier, 106.

Ankylose angulaire du genou (nouvelles observations de rupture de l'), par M. Bonnet, de Lyon; rapport par M. Maisonneuve, 454.

Appareils ouatés par M. Burggraeve; rapport par M. Larrey, 245.

Arthrocace sénile (de l'), par M. Hattier; rapport par M. Gosselin, 611.

Autoplastie faciale. Résumé du mémoire lu par M. Chassaignac, 114. — Discussion, 115.

## B

Bronchotomie (quelques réflexions sur les principales indications de la), par M. Soulé; rapport par M. Demarquay, 289.

## C

Calcul (élimination d'un) par le périnée, 133.

— dans les fosses nasales (observation de). Erreur de diagnostic, extraction; guérison par M. Mascarel, 322.

— salivaire (cas de), par M. Fleury, 431.

— de l'urètre. Observations par M. Leroy-d'Étiolles; rapport par M. Demarquay, 467. — Discussion, 473.

Canal hépato-cystique. Pièce, démontrant l'existence de ce conduit, présentée par M. Gubler, 513.

Cancer affectant le maxillaire inférieur. Observation par M. Maisonneuve, 221. — Discussion, 226.

Cancroïde de la face. Observation par M. Sédillot; rapport par M. Robert, 516.

Carie du temporal; lésions consécutives du cerveau et des vaisseaux du crâne; pièce présentée par M. Huguier, 330.

Cathétérisme par l'intérieur de la vessie. Remarques par M. Morel-Lavallée, 476.

Chloroforme. Pratique adoptée par M. Sédillot pour l'inhalation de cet agent, 336. — Discussion, 339.

Chloroforme. Prolongation du sommeil anesthésique jusqu'à menace de mort chez un opéré soumis à cet agent. Observation par M. Debrou, 230. — Discussion, 233.

Chorée (observation de) guérie par l'ablation d'une double tumeur (névrôme) sous la plante du pied droit, par M. Borelli; rapport par M. Marjolin, 293.

Commotion cérébrale. Travail par M. Fano; rapport par M. Chassaignac, 506. — Discussion, 508.

Corps étranger. Observation d'une pipe avalée par un malade, par M. Gosselin, 326. — Discussion, 330.

— étranger du genou. Opération pratiquée par M. Chassaignac, 490.

— étranger de la main, par M. Fleury, 431.

— étranger introduit volontairement dans l'urètre, 465.

— étranger dans le scrotum (cas de), présenté par M. Chassaignac, 484. — Examen de ce corps, 495.

Cristallin, recherches sur la structure, par M. Bayard; rapport par M. Lenoir, 386. — Suite de la discussion, 390.

— (luxation du), observation communiquée par M. Larrey, 208.

— Nouveaux faits communiqués par M. Lebert, 582.

Croup (mémoire sur le traitement du), par M. Guersant, 377.

— avec extension des productions pseudo-membraneuses jusque dans les petites ramifications bronchiques, pièce présentée par M. Morel-Lavallée, 274.

## D

Désarticulation scapulo-humérale, par M. Fleury; rapport par M. Maisonneuve, 431. — Discussion.

Déviations de la sous-cloison dorsale (procédé propre à remédier aux), par M. Chassaignac, 515.

Diastasis de la colonne vertébrale sans déplacement du corps des vertèbres, pièce anatomique présentée par M. Denonvilliers, 210.

Dilatation forcée de l'anus, rapport verbal par M. Maisonneuve, 394. — Discussion.

Doigts (observations d'arrachement de), avec entraînement des tendons, par M. Debron, 594. — Discussion, 598. — Fait communiqué par M. Larrey, 605. — Présentation de pièces par M. Nélaton, 609.

Douleurs dans le membre amputé (présentation d'un malade affecté de), par M. Boinet, 499. — Réclamation par M. Hutin, 513. — Remarques par M. le professeur Gerdy, 541.

## E

Élections annuelles. Composition du bureau pour l'année 1851-52, 169. — Installation du bureau, discours de M. Danyau, 183; — de M. Larrey, 184.

— Composition du bureau pour l'année 1852-53, 614.

Éléphantiasis de la vulve, pièce anatomique présentée par M. Chassaignac, 1.

Épanchements sanguins du petit bassin, pièce pathologique par M. Monod, 132 et 154. — Suite de la discussion sur leur mode de traitement, 134. — Historique par M. Huguier, 143. — Communication de M. Denonvilliers, 152.

Étranglement herniaire. Incision et évacuation directe de l'anse intestinale étranglée, par M. Vial, de Saint-Étienne. Rapport par M. Boinet, 124.

— interne (note sur un cas d'), par M. Bouvier, rapport par M. Gosselin, 201. — Discussion, 202.

— Conditions nécessitant la gastrotomie, par M. Bitot; rapport par M. Demarquay, 247.

Estiomène de la vulve. Observation et présentation de pièce, par M. Huguier, 310. — Discussion, 313.

Exophthalmie, examen microscopique, par M. Lebert, 342.

Exostose des os de la face et du crâne, pièce présentée par M. Rebel, 459.

— médio-palatine, comme symptôme de la syphilis constitutionnelle, par M. Chassaignac, 138.

— vertébrale (cas d'), présenté par M. Huguier, 389.

## F

Fistule ossifluente de la face, nouveau cas présenté par M. Chassaignac, 85.

— lacrymale (cas de), présenté par M. Chassaignac, 512.

— vésico-vaginales. Rapport de la commission chargée de l'examen des malades opérés par M. Maisonneuve, 3. — Nouvelles des malades de M. Maisonneuve, 82.

— Observations communiquées par M. Maisonneuve, 530. — Discussion, 532. — Mémoire par M. Maisonneuve, 542.

— (nouvelle espèce de), par M. Huguier, 602.

Fractures (nouveaux glossocomes et nouveaux principes pour le traitement des), par M. Dauvergne, 573.

— Rapport sur la méthode amovo-inamovible de M. Seutin, par M. Larrey, 487.

— transversale du bord alvéolaire inférieur. Nouveau moyen de contention, par M. Robert. 406.

— (moyen de prévenir la pression douloureuse du talon dans les cas de), par M. Demarquay, 441.

— Pièce offrant une fracture comminutive du tibia, le péroné demeurant intact, présentée par M. Maisonneuve, 346.

— du péroné par divulsion, ou fracture sus-malléolaire (note sur un nouveau moyen de diagnostic de la), par M. Maisonneuve, 11. — Leur diagnostic par pression indirecte. Note par M. Larrey, 28.

— comminutive de l'humérus par un coup de feu. Hémorrhagies consécutives. Désarticulation scapulo-humérale, par le docteur Sistach. Analyse par M. Larrey, 331.

— multiples. Présentation de malades, par M. Chassaignac, 309.

— spontanée de l'humérus (cas de) présenté par M. Chassaignac, 512.

## G

Ganglions sous-cutanés douloureux. Présentation de malade, par M. Denonvilliers, 229.

Grossesse extra-utérine. Nomination d'une commission chargée d'examiner la femme, 561. — Observation communiquée par M. Huguier, 563. — Discussion, 567. — Mémoire lu par M. Laborie, 575.

## H

Hématocèle (présentation de malades affectés d'un), par M. Chassaignac, 303, 342.

Hématurie traumatique. Observations par M. Birkett; rapport par M. Giraldès, 332.

Hémostatiques. Valeur de l'eau de Pagliari, par M. Sédillot, 335.

Hernies étranglées réduites à l'aide de l'inhalation du chloroforme. Observations par M. Boinet, 93.

Hernie étranglée (quelques mots sur une opération de), par M. Payan, d'Aix; rapport par M. Forget, 176.

— obturatrice. Pièce pathologique présentée par M. Chassaignac, 173.— Observation, 193.

— de l'ovaire par le canal inguinal prise pour un kyste de la grande lèvre. Observation communiquée par M. Guersant, 127.

Hydarthrose chronique du genou guérie par une injection iodée, par M. Monod, 226.

Hydrocèle. Mort par le tétanos. Réflexions sur un mode de guérison de cette maladie, par M. Huguier, 280. — Discussion, 287.

— Mort par le tétanos. Observation par M. Mascarel; rapport par M. Chassaignac, 320.

— compliquée d'un épanchement de matière plastique et d'un kyste du cordon, par M. Huguier, 159. — Examen de la pièce par M. Lebert, 160.

— enkysté du cordon (présentation d'un malade affecté d'), par M. Chassaignac, 303.

— Variétés anatomiques. Pièces présentées par M. Demarquay, 513.

Hydrorachis (cas d') guéri par une injection iodée, présenté par M. Chassaignac, 86. — Autre fait rappelé par M. Boinet, 93.

Hygroma considérable. Présentation du malade, par M. Huguier, 5.

Hypertrophie glandulaire siégeant au voile du palais et à la voûte palatine. Observation par M. Michon, 434. — Discussion.

## I

Imperforation de l'anus. Trocart explorateur modifié par M. Guersant, 317.

Injections iodées. Discussion, 89, 94. — Lettre de M. Abeille, 121. — Leur résultat dans les abcès par congestion; note et observations, par M. Robert, 545. — Discussion.

Inoculation de l'ecthyma syphilitique, par M. Vidal, 30. — Discussion : M. Cullerier, 31; M. Ricord, 39; M. Vidal, 47; M. Huguier, 51. — Lettre de M. Auzias-Turenne, 60. — Réponse par M. Musset, 65.

Instruments (présentation d'), par M. Chassaignac, 535.

Instrument dilatateur de la mâchoire, présenté par M. Larrey, 17.

Irrigateur vaginal (nouvel), par M. Maisonneuve, 201.

## K

Kyste développé dans l'épaisseur de la joue. Opération; réunion immédiate par la suture élastique. Fait communiqué par M. Rigal, 218.

— de l'ovaire communiquant dans la trompe utérine; mémoire lu par M. Richard, 131. — Rapport par M. Huguier, 385.

Kyste du sinus maxillaire, lecture par M. Giraldès, 503.
— de la mâchoire inférieure (étude clinique sur les), par M. Forget, 619. — Discussion.
— hydatique du foie traité par l'injection iodée; par M. Boinet, 347. — Discussion, 350.

## L

Lésion traumatique de l'avant-bras. Présentation de malade par M. Denonvilliers, 229.
Lithotritie. Note sur l'appareil du docteur Vinci, 378.
Luxation du pouce en arrière et sur le procédé qu'il convient d'employer pour la réduire, par M. Demarquay, 171. — Discussion, 174.
— en avant de la première phalange du pouce. Observation par M. Lenoir, 477. — Discussion.
— du bras avec fracture du col chirurgical et du col anatomique de l'humérus; pièce présentée par M. Lenoir, 160.
— du coude datant de sept semaines. Réduction par M. Chassaignac, 317.
— du coude méconnue et réduite au cinquantième jour, par M. le professeur Roux, 484.
— congéniale du fémur; pièce présentée par M. Maisonneuve, 346.

## M

Marjolin (éloge de M. le professeur), par M. Monod, 185.
Membres artificiels. Nouvelle modification par M. Martin, 304.
— artificiels. Avant-bras, 563. — (Remarques sur les), par M. Martin, 580.
— Nouveau modèle de jambe artificielle, par M. Palmers, 316.
Microscope. Son application à l'anatomie pathologique, 455.
Morts subites après l'accouchement. Faits rapportés par M. Robert, 421. — Discussion.

## N

Nécrose profonde des os du crâne, consécutive à un érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu (cas de), 315. — Observation complète, 425.
— de la mâchoire supérieure. Double ablation du maxillaire; guérison de la malade de M. Maisonneuve.
Nævus ulcéré chez un enfant de quelques mois. Cas présenté par M. Cullerier, 66.
Névralgie faciale (cas de), traitée avec succès par la cautérisation auriculaire, par M. Payan, d'Aix; rapport par M. Forget, 177.
— traumatique. Plaie par arme à feu; fait communiqué par M. Huguier, 498.

Névromes de l'avant-bras (opération de), par M. Robert, 173.
— développés sur tous les nerfs de l'économie. Observation et pièce présentées par M. Houel, 460. — Rapport par M. Lebert, 517.

## O

Opérations; leur innocuité plus grande quand elles sont répétées sur la même personne, 467.
— nouvelle pour remédier à un mode particulier de déformation du nez et à ses conséquences fâcheuses, par M. Chassaignac, 253. — Discussion, 257.
Opération *césarienne*. Observation communiquée par M. Huguier, 537. — Discussion, 539.
Ophthalmoscope. nouvel instrument destiné à l'exploration de la rétine, par M. Follin, 480.

## P

Paralysie du nerf moteur oculaire commun (cas de), présenté par M. Chassaignac, 483. — Renseignements sur ce malade, 495.
— *musculaire* (de la), survenant à la suite des luxations scapulo-humérales, par M. Chassaignac, 139. — Leur traitement, par M. Debout, 147.
— Cas de paralysie du bras chez un nouveau-né, par M. Danyau, 148.
— Traumatique de l'avant-bras, par M. Maisonneuve, 173.
— et atrophie musculaire à la suite d'une plaie par arme à feu, présentation de malade, par M. Boinet, 593.
— traumatiques localisées (mémoire sur les) par M. Debout, 603 et 606.
— du membre inférieur (appareil destiné à faciliter la marche chez les individus affectés de), par M. Martin, 306.
Parotide. Deux observations d'extirpation de cette glande, par M. Gensoul, de Lyon; rapport par M. Maisonneuve, 263. — Discussion, 273.
Placenta offrant plusieurs dispositions remarquables, 92.
Plaie par arme à feu de la voûte crânienne. Pièce et observation communiquées par M. Huguier, 599.
— de l'abdomen et des intestins, pièce anatomique présentée par M. Marjolin, 409.
Polype du nez chez un enfant; projet d'opération par M. Guersant, 27. — Examen de la tumeur, 64.
— fibreux ayant nécessité la double ablation des maxillaires, par M. Maisonneuve, 61. — Examen de la tumeur, par M. Lebert, 64.
— Présentation du malade auquel M. Maisonneuve a pratiqué l'ablation du maxillaire pour un polype siégeant dans l'arrière-bouche, etc., 556. — Discussion.
— du pharynx, ayant nécessité l'ablation du maxillaire supérieur, 480. — Suite de la discussion, 484.

Polype fibreux de la gorge. Pièce anatomique présentée par M. Huguier, 491. — Discussion, 492.
— de l'urètre chez la femme; observation par M. Forget, 352.
— volumineux extrait du vagin par morcellement. Pièce présentée par M. Chassaignac, 308.
Ponction de la vessie par la région sus-pubienne. Lésion de la prostate. Observation et pièce anatomique présentées par M. Monod, 354. — Discussion, 358.

R

Rachitisme (du), de la friabilité des os et de l'ostéomalacie, par M. Beylard; rapport par M. Gosselin, 610.
Résection de la tête de l'humérus et du tiers supérieur de cet os, par M. Pasquier, 466.
— d'une grande partie de l'extrémité inférieure de l'humérus; cas suivi de guérison, présenté par M. Chassaignac, 81.
— du coude. Examen de l'articulation nouvelle au bout de six semaines, par M. Maisonneuve, 346.
Rétraction probablement syphilitique du masséter droit, par M. Boinet, 19.

S

Sarcocèle dans le canal inguinal; observation par M. Larrey, 179.
Sein. Hypertrophie fibro-gélatineuse de la glande mammaire. Observation accompagnée de pièces anatomiques communiquée par M. Larrey, 588. — Examen microscopique, par M. Lebert, 590.
Suture (nouveau mode de), par M. Chassaignac, 243.
Symblépharon survenu à la suite de brûlure (cas de) présenté par M. Chassaignac, 560.
Synchyse étincelante (cas de) présenté par M. Chassaignac, 126. — Détails sur cette altération de l'œil, 164.
Syphilis constitutionnelle grave (cas de) communiqué par M. Vidal, 496.
Syphilisation (présentation d'un malade soumis à la), par M. Musset, 356. — Communication par M. Cullerier, 362. — Travaux de M. Seprino; analyse par M. Lebert, 409.

T

Taille (mensuration de l'épaisseur du périnée et de la paroi hypogastrique dans l'opération de la), par M. Cazenave, de Bordeaux. Rapport par M. Guersant, 170.

Taille périnéale. Opération faite dans des circonstances assez insolites par M. Lenoir, 23. — Un second fait, 345.
— hypogastrique pratiquée dans des conditions particulières par M. Huguier, 306. — Discussion, 307.
— bi-latérale faite avec succès. Réflexions sur la taille par M. Chassaignac, 298. — Discussion, 302.
Tannin. Son emploi en ophthalmologie, par M. Hairion, de Louvain. Rapport par M. Demarquay, 413. — Discussion, 419.
Ténotomie dans les fractures. Réclamation par M. Larrey, 160.
Testicule cancéreux. Présentation de pièce par M. Maisonneuve, 561.
Trachéotomie (nouveau cas de) pratiquée deux fois sur un même sujet affecté de croup, par M. Guersant, 464.
Transfusion du sang. Observation communiquée par M. Nélaton, 7.
Tuberculisation d'un seul testicule; de son pronostic. Note par M. Vidal, 83.
Tumeurs (causes de la résolution des); communication par M. Chassaignac, 463.
— multiples de la tête; production cornée à l'intérieur d'un kyste. Observation par M. Denonvilliers, 622.
— développées dans les sinus maxillaires (considérations sur les), par M. le professeur Roux, 439.
— du maxillaire supérieur; pièce présentée par M. Maisonneuve, 503.
— de l'os maxillaire supérieur; pièce anatomique présentée par M. le professeur Roux, 601.
— de l'orbite ; cas présenté par M. Lenoir, 61. — Ligature de l'artère carotide primitive, 84.
— de l'orbite, extraite par M. Chassaignac, 430.
— située dans le voile du palais. Extirpation par M. Marjolin, 79.
— hypertrophie glandulaire siégeant au voile du palais. Observation par M. Michon, 434. — Discussion.
— de la région thyro-hyoïdienne; présentation de malade par M. Chamart, 584. — Discussion.
— volumineuse occupant la partie inférieure du bras droit (cas de), présenté par M. Marjolin, 405. — Discussion, 411.
— du sein; pièces présentées par M. Lenoir, 225.
— des bourses. Présentation de malade par M. Vidal, 582.
— testiculaire. Observation par M. Vidal, 249. — Discussion, 251. — Compte rendu de l'opération, 261. — Énucléation des fausses membranes formées sur la tunique vaginale, par M. Gosselin, 262. — Nouveaux détails donnés par M. Vidal, 279. - Présentation du malade, 373.
— pulsatile du péroné, par M. Debout, 26.

Tumeur du talon. Présentation de pièce anatomo-pathologique, par M. Huguier, 608.
— fibreuse sénile intra-utérine, enlevée peu de temps après l'accouchement. Observation par M. Huguier, 518.
— fibro-cartilagineuse de la cuisse. Pièce adressée par M. Denonvilliers, 497. — Nouveaux détails, 501.
— fibro-plastique du jarret; guérison temporaire; récidive sur place. Observation par M. Larrey, 236. — Fin de l'observation 442. — Discussion, 446. — Guérison du malade, 506.
— fibro-plastique opérée pour la troisième fois, par M. Chassaignac, 225.
— fibro-plastique. Présentation de malade et observation, par M. Chassaignac, 429.
— carcinomateuse enlevée chez un vieillard, par M. Deguise fils, 2.
— érectiles traitées par l'usage des aiguilles et du séton, successivement employés par M. Monod, 260. — Remarques par M. Guersant, 278.
— érectile de la joue. Pièce présentée par M. Lenoir, 506.
— érectiles. Leur traitement par un nouveau mode de ligature; lecture par M. Rigal, de Gaillac, 409.
— vasculaires. Tumeurs variqueuses considérables de la jambe et de la cuisse, tumeur érectile sous-cutanée de la main; observations par M. Chassaignac, 155 et 157.
— sous-cutanées mobiles. Nouveau procédé d'ablation, par M. Chassaignac, 515.

## U

Urétrotomie périnéale. Résumé de deux observations, par M. Sédillot, 337.

## V

Vaisseaux lymphatiques (cas de dilatation et d'oblitération des), présentés par MM. Demarquay et Chassaignac, 561.
— (Mémoire sur la dilatation des) et la lymphorrhagie, par M. Demarquay, 374. — Discussion, 383.
— lymphatiques du pénis (cas de); présentation de malade par M. Huguier, 592.
Varices; leur curabilité, 377. — Suite de la discussion, 381.
Veines (développement du gaz dans les). Observation, par M. Maisonneuve, 515. — Suite de la discussion, 618.

Végétation sur la muqueuse laryngée d'une enfant de deux ans morte à la suite de la variole. Pièce présentée par M. Guersant, 260.

Vessie (ancienne blessure de la) par arme à feu. Pièce et observation par M. Huguier, 524.

— (ulcération perforante de la). Observation par M. Vidal, 527.

# BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

# CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE.

*Séance du* 18 *décembre* 1850.

**Présidence de M. Larrey.**

**A propos du procès-verbal.**

M. Chassaignac communique l'observation d'une femme actuellement dans son service, et sur laquelle il a pratiqué l'ablation de la grande et de la petite lèvre du côté gauche pour la débarrasser d'une éléphantiasis. Il y a quelques années, Blandin avait pratiqué la même opération du côté opposé; la tumeur s'était surtout développée du côté de l'anus. Au moment de l'entrée de la malade, comme la tumeur était irritée, on aurait pu croire un instant à un esthiomène; mais le doute cessa bientôt. L'ablation de cette éléphantiasis donna lieu à une hémorrhagie qui fut promptement arrêtée.

M. Monod eut occasion d'observer le fait suivant : Il y a un certain nombre d'années, un jeune marié lui présenta sa femme; elle était affectée d'une éléphantiasis de la grande lèvre gauche, tellement volumineuse que la malade, pour n'être pas gênée dans la marche, la rejetait en arrière entre les cuisses; cette tumeur enlevée, il fut constaté qu'elle pesait quatre livres. La tumeur était surtout formée par la peau et le tissu cellulaire hypertrophié. La lèvre du côté opposé était aussi malade, mais à un degré bien

inférieur. Cette femme a eu plusieurs enfants, et depuis dix ans M. Monod l'a perdue de vue.

M. Larrey rappelle que l'hypertrophie, ou l'éléphantiasis de la vulve, n'est pas une maladie rare en Orient. Son père l'a observée lors de l'expédition d'Egypte, et l'a décrite sous le nom de sarcocèle de la femme, en la comparant à la même affection, plus fréquente encore dans ce pays, chez l'homme, siégeant essentiellement dans le scrotum, à l'exclusion des testicules, et à laquelle Larrey a donné aussi le nom de sarcocèle.

Clot-Bey, comme lui, en a fourni une description exacte avec plusieurs planches.

M. Larrey ajoute que dans un cas rapporté par son père, chez la femme d'un fellah du Caire, atteinte d'ailleurs d'éléphantiasis aux jambes, les deux grandes lèvres offraient un volume considérable, constituant une double tumeur pédiculée, dure, insensible et comme squirrheuse.

Resterait à savoir si, dans tous les cas observés jusqu'ici, on a rencontré les mêmes caractères de dégénérescence de la vulve.

M. Deguise demande à M. Lebert des détails sur la tumeur carcinomateuse enlevée par lui sur un vieillard.

M. Lebert communique le résultat de l'examen microscopique de la tumeur présentée à la Société par M. Deguise fils. Il y a trouvé les cellules cancéreuses d'un aspect tout à fait lisse; mais ce n'est pas au microscope de décider si la tumeur était squirrheuse ou encéphaloïde. De même que l'une et l'autre forme sont la même maladie, de même aussi on y trouve les mêmes cellules; et c'est plutôt à l'examen à l'œil nu à décider cette question, vu que l'encéphaloïde ne diffère du squirrhe que par une moindre quantité de tissu fibreux; et que de degrés intermédiaires ne rencontre-t-on pas entre les deux!

Les portions du tissu cancéreux de cette tumeur qui offraient un aspect jaunâtre, et dont on faisait sortir, par la compression, un suc ressemblant à des vermisseaux, étaient infiltrées de matières grasses, infiltration des plus fréquentes dans toutes sortes de tumeurs cancéreuses ou autres. En Allemagne, quelques auteurs ont envisagé cette infiltration graisseuse comme une tendance curative; nous n'y voyons autre chose qu'une altération du tissu cancéreux qui est toute locale; car à côté de ces portions ternes en voie de

destruction cellulaire, il y a et il se forme encore incessamment beaucoup de tissu et de globules cancéreux de l'aspect le plus lisse, et qui dénotent l'action toujours présente de l'altération générale de l'économie en vertu de laquelle le cancer se localise, et fait finalement succomber celui qui en est atteint.

**Correspondance.**

M. Cazenave, de Bordeaux, adresse à la Société trois observations de lithotritie et de taille bilatérale faite avec succès.

Une commission composée de MM. Marjolin, Demarquay et Guersant est chargée d'examiner ce travail et de faire un rapport.

M. Michon vient, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Cullerier, rendre compte de l'examen qui a été fait des malades opérées par M. Maisonneuve de la fistule vésico-vaginale.

La première malade soumise à l'examen de la commission est une femme ayant éprouvé une perte de substance considérable à la paroi vésico-vaginale. La dilatabilité considérable de la vulve permit de constater la suture faite sur la paroi vaginale supérieure. Des injections pratiquées avec force dans la cavité vésicale ne laissent suinter aucune goutte de liquide dans la cavité vaginale. La capacité de la vessie est diminuée; l'opérée ne peut point, quand elle est debout, garder ses urines au delà de deux heures. Dans le décubitus, les urines sont gardées plus longtemps. Ce liquide excréteur est rendu quelquefois involontairement et en petite quantité quand la malade fait un effort ou qu'elle a résisté trop longtemps au besoin d'uriner.

La seconde malade opérée par M. Maisonneuve a tiré un parti avantageux de l'opération; mais elle n'est pas complétement guérie; il reste encore un pertuis à combler. Ces deux malades ont été opérées par la méthode ordinaire.

M. Michon invite M. Maisonneuve à informer la Société de Chirurgie du résultat des tentatives nouvelles auxquelles il doit se livrer.

M. Maisonneuve a constaté avec la commission qu'il existe sur la seconde opérée, à 7 ou 8 lignes du méat urinaire, un pertuis que des injections faites pendant dix jours et à plusieurs reprises ne lui avaient pas permis de constater. Il se propose d'opérer prochainement une malade ayant une fistule vésico-vaginale qui a plus d

15 centimètres de circonférence. Toute la paroi vésicale manque et une partie de l'urètre; M. Maisonneuve croit devoir faire une large incision périnéale pour se donner du jour, afin d'accomplir plus facilement les divers temps de l'opération.

M. Huguier signale une particularité anatomo-pathologique qu'il a eu occasion de constater il y a peu de temps. En effet, sur une malade affectée de fistule vésico-vaginale et qui tout récemment encore était dans son service, on constatait qu'il y avait une interruption complète du col de la vessie; le doigt introduit dans le vagin arrivait sur la symphyse pubienne; la vessie était reportée en haut et en arrière et l'urètre en avant. Une sonde introduite dans le méat urinaire tombait dans la cavité vaginale.

Dans ce cas, ajoute M. Huguier, on ne pouvait songer qu'à une seule opération, l'oblitération du vagin.

M. Vidal (de Cassis). Je désire commencer mes remarques par cette déclaration : Je considère l'opération de M. Jobert comme un progrès chirurgical, et comme j'ai imprimé dans mon livre que la cure radicale de la fistule vésico-vaginale était impossible, je viens ici me rétracter.

Ainsi la guérison est possible.

Mais cette guérison est-elle absolument complète?

Eh bien! le fait de M. Maisonneuve, le fait de M. Michon prouvent que les malades, en prenant certaines positions, en se tenant debout, par exemple, perdaient après deux heures leur urine par l'urètre. J'avais prévu ce résultat, que j'ai fait connaître il y a longtemps. J'ai dit : Si vous parveniez à empêcher la femme de perdre ses urines par le vagin, elle les perdrait par l'urètre. J'ai été conduit à cette proposition par ce que j'ai observé à la suite d'une forte cautérisation que je fis des bords d'une fistule vésico-vaginale. La cautérisation s'étendit à une grande partie du vagin, lequel se gonfla beaucoup; la paroi postérieure du vagin s'appliqua contre la paroi antérieure et oblitéra l'ouverture du bas fond de la vessie. Ainsi, les urines ne coulèrent plus par le vagin; mais, quand l'opérée se levait, elle ne pouvait retenir plus d'une heure les urines; elle les perdait par l'urètre. Quand le *dégonflement* du vagin arriva, l'infirmité se reproduisit. Ainsi, cette maladie fut *provisoirement* dans l'état où se trouvent *définitivement* les femmes opérées avec succès par M. Jobert.

Mais, si réellement la vessie des opérées pouvait se dilater et même beaucoup, on pourrait espérer que la petite perte d'urine qui a lieu par l'urètre finirait par cesser.

**Hygroma considérable.**

M. Huguier présente un homme affecté d'un hygroma considérable survenu en neuf jours. Cet homme exerce la profession de carrelier. La maladie affecte le genou droit. La tumeur formée par l'épanchement du liquide a 19 centimètres d'étendue de haut en bas, et 8 centimètres suivant le diamètre transversal; elle repose sur le droit antérieur de la cuisse, sur la face antérieure de la rotule, le tendon sous-rotulien et la partie supérieure et antérieure du tibia. M. Huguier se propose de faire une ponction et une injection.

M. Debout ayant vu les frictions mercurielles réussir dans ce cas, il prie M. Huguier de tenter la résolution par ce moyen.

M. Deguise fils pense qu'en raison du peu d'ancienneté de la maladie, la compression et le séjour au lit doivent amener la guérison du malade.

M. Marjolin a eu occasion de traiter dix malades affectés d'hygroma; il retira de l'avantage de l'application des compresses trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, comme le faisaient son père et après lui M. Blandin. Mais dans quelques circonstances ce traitement ayant échoué, il a eu recours à la ponction de la tumeur, et, dans un cas, à la cautérisation avec le caustique de Vienne. Sur le malade où il fit usage du caustique de Vienne, il eut des accidents inflammatoires graves à combattre : les hygroma traumatiques sont plus rebelles au traitement; il en est de même des hygroma anciens avec épaississement des parois.

M. Huguier fait observer que sur le malade qu'il a présenté on n'entend aucun bruissement dû à la présence de corps étrangers, mais en comprimant un peu fortement on sent quelques rugosités situées au-devant de la rotule.

A l'occasion du cas intéressant que vient de présenter M. Huguier, eu égard surtout à la sensation perçue par le toucher dans l'exploration de la tumeur, M. Larrey appelle l'attention de la Société sur un point du diagnostic des corps étrangers de l'articulation du genou. Il a reconnu, d'après la remarque qu'il avait en-

tendu faire par le professeur Marjolin, que quelquefois on rencontre dans le genou, en palpant sa surface, un ou plusieurs corps plus ou moins durs, résistants, assez mobiles, et paraissant adhérer à la membrane synoviale, mais non libres ou flottants à l'intérieur de la cavité, comme le sont les concrétions articulaires proprement dites. Cette production accidentelle n'est autre qu'un renflement partiel, un bourrelet ou un repli induré de la synoviale, et elle ressemble tellement à un corps étranger par la sensation qu'elle transmet au toucher, qu'elle peut donner lieu à une erreur grave de diagnostic, si d'après cela on est conduit à tenter l'extirpation.

C'est ainsi que Bérard (Auguste) se disposait un jour à opérer en ville un jeune homme chez lequel Marjolin, appelé en consultation, reconnut la disposition dont il s'agit et qu'il avait déjà observée chez d'autres. Inutile d'ajouter que l'opération ne fut point faite.

M. Larrey serait porté à croire, en conséquence de cette remarque et en raison des dangers de l'extirpation des corps étrangers articulaires, qu'on ne devrait point se décider à l'opération lorsque ces produits accidentels ne sont pas entièrement détachés, libres et flottants dans l'articulation.

### Transfusion.

M. Nélaton rapporte l'observation suivante :

« Une jeune femme de vingt ans, arrivée au terme de l'accouchement, se présente à Saint-Louis pour y faire ses couches. Elle avait été fatiguée par des hémorrhagies tenant à l'insertion du placenta sur le col. Les internes, sous la direction desquels elle avait été toute la journée, avaient fait avec beaucoup d'intelligence ce qu'il y avait à faire ; le seigle ergoté avait été donné, et M. Lescun avait tenté de faire la version. L'hémorrhagie avait surtout été abondante de trois heures de l'après-midi à neuf heures du soir ; à cette heure, la malade fut considérée comme morte par la sœur et les infirmières. Le directeur fut alors prévenu, et M. Nélaton fut demandé. Il arriva à onze heures du soir ; il trouva la malade dans l'état suivant : La malade est inanimée, la peau froide ; le pouls, à peine perceptible, consistait en petites vibrations intermittentes. La version est immédiatement pratiquée par M. Nélaton ; il va à la recherche des pieds et termine l'accouchement, décolle le placenta

et excite les contractions utérines à l'aide de la main placée dans la cavité utérine. L'hémorrhagie cesse, mais la chaleur ne revient pas; le pouls persiste dans le même état; la pâleur persiste également, malgré le vin de Bordeaux, le vin de Bagnols, le bouillon et tous les moyens externes qui avaient été mis en usage pour ramener les forces de la malade. Après une heure et demie de l'emploi inutile de ces moyens, M. Nélaton pratique la transfusion de la manière suivante :

» La médiane céphalique fut mise à nu, un fil fut passé sous elle à l'aide d'un stylet. Cette veine fut incisée obliquement de manière à avoir un petit lambeau, qu'on pouvait relever avec facilité; l'extrémité d'une seringue à hydrocèle fut reçue dans l'intérieur de la veine, et le corps de cet instrument ainsi que la palette qui devait recevoir le sang furent maintenus à 35 degrés centigrades environ. M. Dufour, interne des hôpitaux, fournit le sang qui devait être transfusé. Dans une première injection faite lentement, on fit pencher les deux tiers environ du sang contenu dans le corps de la seringue; dans une seconde injection faite de la même manière, on en fit pénétrer la moitié. Le cœur, après cette transfusion, ne présentait aucun bruit de souffle; le pouls était un peu relevé; l'angoisse précordiale avait cessé, ainsi que l'étouffement; la soif était alors très grande: le vin, le bouillon furent continués, avec des boissons abondantes.

» Le lendemain au matin, la malade se plaint de fatigue; la chaleur est revenue; le pouls est développé; la respiration est bonne.

» Le deuxième jour de l'opération, il survint de la réaction et de la tension des mamelles.

» Le cinquième jour, le pouls est à 104. La malade est assez bien; mais, dans la journée, il survient un frisson qui fait craindre pour les jours de la malade. La veine ne s'est point enflammée.

» M. Nélaton ajoute, en terminant, que la compression de l'aorte de même que celle des artères crurales avaient été insuffisantes pour ranimer la malade et ramener les battements normaux du cœur après la délivrance. »

M. Monod déclare avoir eu à se louer de la compression de l'aorte comme moyen hémostatique.

M. Larrey exprime le désir de voir M. Nélaton reprendre la

question de la transfusion au point de vue historique, physiologique et thérapeutique.

M. Debout rappelle que, il y a peu de temps, une action judiciaire a été intentée à un médecin du midi de la France à propos de la transfusion qu'il avait pratiquée.

La séance est levée à cinq heures.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 7 janvier* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A propos du procès-verbal, M. Vidal revient sur quelques-unes des considérations qu'il a présentées dans la précédente séance sur la curabilité des fistules vésico-vaginales et sur la difficulté qu'éprouve la vessie, après cette guérison, à contenir parfaitement les urines.

M. Lenoir s'étonne que M. Vidal ait attendu si longtemps pour reconnaître la curabilité des fistules vésico-vaginales. Le nombre des succès obtenus depuis quelques années s'élève à 12 ou 13, et ils ont été réalisés par plusieurs chirurgiens. Il y a quelques années que M. Lenoir a réussi dans cette opération en apportant au procédé opératoire la modification suivante : pour faire avec plus de facilité l'avivement de la lèvre antérieure de la fistule, il introduisit son petit doigt dans le canal de l'urètre, et en le fléchissant tout en tirant vers soi, il amena la lèvre antérieure dans une situation telle que l'avivement devint très facile; il obtint dans ce cas un résultat fort satisfaisant. Toutefois, la malade perdait, après son opération, lorsqu'elle avait été quelque temps sans satisfaire au besoin d'uriner, ou qu'elle faisait un effort, une certaine quantité d'urine. M. Jobert, qui vit l'opérée, crut que l'inconvénient dont nous venons de parler tenait à la dilatation forcée des fibres du sphincter vésical par l'introduction du petit doigt. Il résulte de l'examen de la femme opérée par M. Maisonneuve que cette légère incontinence tient au défaut de capacité de la vessie.

M. Vidal dit que, s'il n'a point rétracté plus tôt ce qu'il a écrit dans son *Traité de pathologie*, c'est que la faveur du public ne lui

a pas permis encore de donner une troisième édition de cet ouvrage; d'ailleurs, ajoute-t-il, je ne pouvais le faire dans un lieu plus convenable qu'au sein de la Société de Chirurgie. Quant à la modification apportée au procédé de l'avivement généralement suivi dans les fistules vésico-vaginales, M. Vidal fait remarquer que Sanson avait, dans une circonstance, introduit le doigt dans le canal urétral pour faire basculer la lèvre antérieure, et que, dans une autre, il fit des débridements sur les parties latérales de la vessie.

M. Maisonneuve. Dans la dernière séance, notre confrère a dit à la Société qu'il se proposait d'opérer de la fistule vésico-vaginale une femme dont la paroi inférieure de la vessie était complétement détruite. La matrice ne se laissant pas abaisser, M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante, en présence de plusieurs de nos collègues: Une incision partant du col utérin est venue inciser le plancher périnéal en passant sur les parties latérales du rectum et de l'anus, qui furent respectées, et elle vint se terminer au niveau du coccyx; aucun vaisseau important n'a été intéressé; le rectum fut mis de côté. Cette voie largement ouverte, M. Maisonneuve détacha la vessie de l'utérus, des parois du bassin. Le canal de l'urètre fut soigneusement respecté dans ce temps de l'opération. Une branche artérielle fut ouverte du côté de l'obturation. L'avivement se fit avec facilité à l'aide de ciseaux. Huit points de suture furent appliqués. Toutefois, depuis l'opération, il se produit une petite hémorrhagie dans la plaie préliminaire à l'opération, et le résultat ne paraît pas devoir être en tous points satisfaisant, car il s'écoule une certaine quantité d'urine par le vagin. M. Maisonneuve espère que la réunion se sera faite dans une certaine étendue.

M. Deguise demande comment, après avoir réuni la plaie qui a permis à M. Maisonneuve de faire son opération, il a pu aller à la recherche des fils qu'il avait placés dans le vagin. On sait, ajoute M. Deguise, que M. Jobert attache beaucoup d'importance à l'enlèvement de ces fils et qu'il a attribué certains insuccès à un fil laissé en place.

M. Forget. Le procédé mis en usage par M. Maisonneuve doit fixer l'attention des chirurgiens; quant aux fils laissés à demeure, ils tombent d'eux-mêmes, c'est un fait certain ; mais ils entraînent

avec eux une eschare, et le résultat est en opposition directe avec celui qu'on veut obtenir. Il a vu 15 fistules opérées par M. Jobert, et toujours ce chirurgien a eu grand soin au troisième et au quatrième jour de couper les fils et de les extraire ; toutefois, il importe de savoir quel sera l'avenir des modifications apportées par M. Maisonneuve au traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Maisonneuve déclare qu'il ne croit pas à la réunion par première intention des plaies faites dans l'opération de fistule vésico-vaginale, et quant à la présence des fils et aux pertuis qu'ils peuvent occasionner, il ne s'en inquiète pas beaucoup ; il compare ce qui se passe dans cette circonstance à ce que nous voyons après l'opération de la staphyloraphie. Les fistules qui peuvent rester à la suite de cette opération s'oblitèrent d'elles-mêmes ou par de légères cautérisations. Ce qu'il faut obtenir avant tout, c'est le contact parfait et assez prolongé. Et qu'a fait M. Jobert pour amener ainsi du tissu cicatriciel au point de contact ? Il a pratiqué de larges débridements, et c'est là la partie capitale, essentielle, du procédé de ce chirurgien. Quant à lui, il n'ajoute pas une grande importance à l'ablation des fils au quatrième et au cinquième jour. Les petites eschares qu'ils peuvent produire ne balancent pas l'avantage de conserver pendant quelque temps à la plaie des conditions favorables à la réunion.... Puis, en terminant, M. Maisonneuve ajoute : Pour M. Jobert, il est encore des cas incurables, des cas au-dessus des ressources de l'art. J'ai l'espoir d'en diminuer le nombre par les larges incisions périnéales que je propose, et qui permettent au chirurgien d'agir librement et comme à ciel ouvert.

— *M. Cazenave* (de Bordeaux) adresse un travail manuscrit à la Société de Chirurgie pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail est accompagné de planches, et il a pour titre : *Recherches sur l'épaisseur des parois abdominales antérieures et périnéales dans leurs rapports avec la taille*, avec trois instruments propres à déterminer cette épaisseur. Une commission composée de MM. Michon, Chassaignac et Guersant, est chargée de faire un rapport.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 15 *janvier* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. Denonvilliers, juge du concours de clinique chirurgicale, demande un congé. (Accordé.)

— *M. Vialle*, chirurgien de l'hôpital Saint-Étienne, adresse un travail composé de deux observations de hernie volumineuse :

1° Réduction avec déchirure de l'intestin et guérison ;

2° Réduction naturelle et mort.

(Une commission composée de MM. Huguier, Marjolin et Boinet rendra compte de ce travail.)

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Lucas Champonnière, tome XXII, janvier 1851, 1er cahier.

— M. Maisonneuve donne lecture du travail suivant :

*Note sur un nouveau moyen de diagnostic de la fracture du péroné par divulsion, ou fracture sus-malléolaire.*

Malgré les travaux modernes sur la fracture du péroné, tous les praticiens savent combien, dans certains cas, il est encore difficile d'établir d'une manière positive l'existence de cette lésion. Les moyens diagnostiques proposés par Dupuytren, ceux proposés par moi-même il y a quelques années, celui proposé plus récemment par M. Nélaton, laissent beaucoup à désirer au lit du malade. Je crois donc rendre service aux praticiens en leur indiquant un signe qui ne m'a point encore fait faute, et qui, d'une appréciation toujours facile dans les cas même les plus obscurs, subsiste alors que tous les autres font défaut, et permet même de reconnaître la forme, la direction et la position exacte de la fracture; ce signe n'est autre que le mouvement de bascule du fragment inférieur sur la facette articulaire du tibia.

Voici comment on le perçoit. Avec les quatre derniers doigts de la main gauche (s'il s'agit de la jambe gauche), on embrasse la face antérieure et interne du tibia, tandis que le pouce de la même

main vient appuyer fortement sur le bord postérieur du péroné, un peu au-dessus de la malléole externe. Avec les quatre derniers doigts de la main droite, on embrasse la plante du pied, tandis que le pouce de la même main vient appuyer sur le sommet de la malléole externe; alors, en exerçant alternativement avec l'un et l'autre pouce une pression assez forte, on éprouve la sensation suivante : au moment où le pouce droit presse sur la malléole externe, le pouce gauche, placé plus haut, sent l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui se soulève, et peut alors reconnaître facilement sa forme et sa direction. Lorsqu'au contraire, cessant la pression sur la malléole, on presse avec le pouce supérieur, l'extrémité du fragment se remet en place et la saillie cesse d'être perçue; c'est donc en faisant basculer le fragment inférieur au moyen d'une douce pression exercée sur l'une et l'autre extrémité que l'on rend sensibles cette mobilité et cette saillie anormale. L'expérience m'a prouvé que l'on distinguait ainsi sans difficulté les fractures de l'extrémité inférieure du péroné par divulsion.

Quelques personnes penseront peut-être que la manœuvre dont je parle n'est autre chose que la manœuvre vulgaire employée pour reconnaître la mobilité dans toutes les fractures, et spécialement indiquée par Dupuytren pour la fracture du péroné. Cette pensée ne serait pas exacte. Dans les fractures ordinaires, en effet, et d'après le précepte spécial de Dupuytren pour la fracture du péroné, on cherche à percevoir la mobilité et la crépitation en pressant alternativement sur le fragment supérieur et le fragment inférieur. Or, dans la manœuvre que j'indique, c'est sur les deux extrémités du même fragment inférieur que doit s'exercer la pression.

Ce précepte, du reste, n'est point empirique; il repose sur la connaissance exacte de la disposition des fragments. Dans la fracture sus-malléolaire, ou par divulsion, la coupe des fragments est toujours oblique, ainsi que je l'ai établi en 1840. Cette obliquité est telle, que le fragment inférieur se prolonge en pointe vers le bord postérieur du péroné, tandis que le fragment inférieur se prolonge en avant. D'une autre part, le fragment supérieur, fortement attaché au tibia par le ligament interosseux, ne jouit d'aucune mobilité, tandis que le fragment inférieur, reposant, comme le fléau d'une balance, sur l'extrémité inférieure de la facette ex-

terne du tibia, cède facilement aux pressions exercées à ses deux bouts.

Toute pression exercée alternativement sur les deux fragments, ainsi que le conseille Dupuytren, ne peut donc donner aucun résultat, tandis que la pression exercée alternativement sur les deux extrémités du même fragment inférieur donne lieu à une sensation de soulèvement qui permet d'apprécier les dispositions les plus délicates de forme, d'étendue, de direction et de siége de la fracture.

M. Debout fait observer que le signe donné par M. Maisonneuve n'est pas nouveau, et qu'il a été donné par M. Robert il y a plusieurs années, dans ses leçons de clinique chirurgicale.

M. Maisonneuve. Avant d'accepter la réclamation de M. Debout en faveur de M. Robert, il désirerait que notre collègue voulût bien lui indiquer l'endroit où ce signe a été consigné et imprimé; quant à lui, il a fouillé les annales de la science à propos du travail qu'il a publié il y a quelques années sur les fractures du péroné, et n'a rien trouvé d'analogue à ce qu'il indique. Pour ce qui est de la valeur de ce signe, M. Maisonneuve y attache tant d'importance, qu'il croit qu'il n'y a plus désormais de fracture probable, même quand il y a un gonflement considérable des parties molles environnant la malléole externe.

M. Marjolin accepte le signe donné par M. Maisonneuve comme très bon, mais il ne peut admettre que la dénomination si sage de fracture probable puisse être rayée de la science; il est des circonstances où le chirurgien ne peut pas se prononcer d'une manière absolue. Ainsi, un chirurgien est appelé par un magistrat pour constater l'état d'un homme sur la partie inférieure duquel une roue de voiture a passé; il y a un gonflement considérable du membre et une grande sensibilité dans les parties contuses: une exploration minutieuse de la partie pour arriver au diagnostic aurait, dans cette circonstance, des inconvénients. Que doit faire le chirurgien? Il doit, suivant M. Marjolin, dire dans son rapport qu'il y a une fracture probable, et déterminer ultérieurement l'état exact des parties.

M. Huguier veut que l'on distingue deux choses dans le travail de M. Maisonneuve: l'une, parfaitement connue, donnée par Dupuytren, c'est le mouvement de bascule qu'on imprime au fragment

inférieur en pressant sur la malléole externe ; l'autre, neuve, suivant lui, et appartenant à notre confrère, consistant à placer le pouce à la partie postérieure et supérieure du fragment inférieur, de manière à le faire basculer. Toutefois, M. Huguier déclare avoir à plusieurs reprises employé le procédé recommandé par M. Maisonneuve pour reconnaître la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, tout récemment encore sur un malade qui était sorti d'un hôpital comme n'étant affecté que d'une entorse, et sur lequel il constata parfaitement la fracture en plaçant le pouce à la partie postérieure et supérieure du fragment inférieur, tandis qu'il faisait des pressions avec l'autre pouce sur la partie inférieure de la malléole.

M. Maisonneuve, en présentant son travail à la Société de Chirurgie, s'attendait aux observations qui lui sont faites ; mais il est tellement convaincu de la bonté du moyen proposé par lui, qu'il insiste pour qu'il soit mis à l'épreuve par ses collègues. Des fractures du péroné qu'il n'avait pu reconnaître par le procédé de Dupuytren ni par celui plus récemment formulé par M. Nélaton, il a pu les reconnaître parfaitement en suivant les préceptes qu'il donne. Sur le cadavre, en faisant des expériences propres à éclairer la fracture du péroné, il a pu constater la mobilité des fragments, bien que le périoste fût intact.

M. Lenoir conserve des doutes sur la nouveauté du signe dont il s'agit, sur la facilité que le praticien doit éprouver à le trouver, et sur l'infaillibilité dont il jouirait pour établir le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

M. Maisonneuve, dit-il, distingue la manœuvre qu'il emploie de celle qu'il nomme *bœnale*, et qui consiste à faire basculer la malléole externe sur le bord correspondant de l'astragale avec une main tandis qu'avec l'autre on presse sur le point du péroné où l'on suppose que la fracture existe ; dans la sienne, au contraire, on applique les pouces des deux mains sur le seul fragment inférieur, l'un en haut et l'autre en bas de ce fragment. Mais, pour se comporter ainsi, ne faut-il pas savoir d'avance où se trouve l'extrémité supérieure de ce fragment inférieur ? Or, si l'on sait cela, on sait qu'il y a une fracture et on sait où elle existe ; on n'a donc pas besoin d'un signe nouveau pour la reconnaître. En second lieu, croit-on qu'il sera toujours très facile, dans une fracture obli-

que d'un os aussi mince que l'est le péroné au-dessus des malléoles, de n'appliquer le pouce que sur un des deux fragments, surtout quand cette exploration sera faite dans les seuls cas difficiles, ceux où il existe du gonflement ?

On dit, il est vrai, que l'extrémité supérieure du fragment inférieur est, dans toutes les fractures sus-malléolaires, saillante en arrière, car ces fractures sont toujours obliques de haut en bas et d'arrière en avant ; ce *toujours* peut être vrai quand il s'agit de fractures *par déduction du pied*. Mais dans toutes celles qui sont produites par un autre mécanisme, l'observation montre que c'est *en travers* que l'os est *ordinairement* brisé, et que cette direction est d'autant plus franche et d'autant plus fréquente que la fracture se rapproche davantage du corps de la malléole.

Enfin, M. Maisonneuve, dans la manœuvre qu'il décrit, ne cherche pas à arriver au diagnostic de la fracture par la crépitation que le frottement des fragments détermine pendant certains mouvements, mais bien par le déplacement en arrière que l'extrémité supérieure du fragment inférieur éprouve quand un des pouces appuie sur le sommet de la malléole. Ici je me demande si ce déplacement, qui ne peut être jamais que très borné, sera bien aisément perçu à travers des parties molles gonflées, seul cas, je le répète, où le diagnostic offre de la difficulté.

Pour ces raisons donc, je pense que, malgré l'assurance contraire que nous donne notre collègue, il restera encore quelques fractures de l'extrémité inférieure du péroné sur l'existence desquelles un praticien même exercé conservera des doutes.

M. Maisonneuve, revenant sur ce qu'il a dit précédemment sur la manière de constater les fractures du péroné, dit, en terminant, que le signe sur lequel il insiste n'est très utile que pour les fractures sus-malléolaires ; mais quant à celles qui ont lieu dans l'épaisseur de la malléole elle-même et qu'il appelle par arrachement, les distinguant des premières qu'il appelle fractures par divulsion, celles-là, ajoute-t-il, ont des signes qui leur sont propres et sur lesquels je ne veux pas insister.

M. Bonnet, depuis qu'il connaît le signe décrit par M. Maisonneuve, a eu occasion d'y avoir recours avec succès.

M. Foucher. D'après tout ce qui a été dit au sujet de la communication de M. Maisonneuve, il devient évident que le signe de la

fracture du péroné, qu'il donne comme nouveau, était depuis longtemps connu. Notre collègue, se fondant sur l'obliquité de la fracture, recommande de chercher l'extrémité supérieure du fragment inférieur tout à fait en arrière, et ce serait là, suivant lui, une indication nouvelle qui n'avait pas encore été saisie. Mais en vérité, quand on considère la forme du péroné à sa partie inférieure, la surface peu étendue qu'il présente, on comprend difficilement comment l'intersection du tissu osseux pourrait échapper à l'exploration du chirurgien, dont le pouce, parcourant toute la surface palmaire de sa première phalange, porte sur le point fracturé, qu'il recouvre en totalité. D'ailleurs, quand il se livre à cette exploration, le doigt du chirurgien ne s'immobilise pas sur un point indivisible, il se déplace, il tâtonne, il va en avant, en arrière, un peu partout, et il trouve d'autant mieux, que l'obliquité dont parle M. Maisonneuve est loin d'offrir toujours le même degré. Quand à l'infaillibilité du diagnostic pratiqué comme le veut M. Maisonneuve, je crois qu'il ne faut l'admettre qu'avec beaucoup de réserve. Pour ma part, quelle que soit l'habileté de notre confrère, je suis convaincu qu'il lui arrivera encore à lui-même, plus d'une fois, de douter, et que vouloir rayer la dénomination de *fracture probable*, ainsi qu'il le propose, ce serait afficher une prétention par trop excessive.

M. Maisonneuve a dit, ajoute M. Forget, que la manœuvre qu'il indique n'avait été écrite nulle part. A cet égard, je pourrai modifier son opinion, et lui apporter une observation de fracture sus-malléolaire du péroné, à l'occasion de laquelle j'ai discuté la valeur et le mécanisme de cette manœuvre appliquée au diagnostic. Je l'ai décrite, autant que mes souvenirs me le rappellent, en 1838. Au besoin, je retrouverai cette observation. Lisfranc y avait constamment recours pour diagnostiquer la fracture du péroné. C'est en effet le mouvement de bascule imprimé à l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui en est le signe pathognomonique. En pressant sur le sommet de la malléole et sur cette extrémité, on donne lieu à un déplacement alternatif qui ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion. Mais il faut remarquer que le siége de la fracture influe beaucoup sur la valeur et l'existence de ce signe. Celui-ci est d'autant plus apparent, que le levier représenté par la portion sus-malléolaire du fragment a plus de longueur. Les arcs

du cercle, en un mot, que l'on fait décrire à cette partie, sont d'autant moins étendus et par conséquent d'autant moins appréciables, que la solution de continuité de l'os a lieu plus près de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

**Instrument dilatateur de la mâchoire.**

M. Demarquay présente, de la part de M. Larrey, un instrument imaginé par M. Godde, architecte, pour obtenir l'écartement des mâchoires dans les cas de constriction extrême ou d'ankylose incomplète de l'articulation temporo-maxillaire.

« Tous les chirurgiens savent, dit M. Larrey dans une note annexée à cet envoi, combien il est difficile de vaincre la force de résistance de certaines contractures des mâchoires, dont les causes peuvent être d'ailleurs assez variées. Ainsi, que ce soit la rétraction musculaire, la conséquence de l'inflammation, une lésion directe de la jointure, ou enfin le produit d'un tissu de cicatrice à la suite d'une brûlure ou d'une plaie profonde, toujours est-il que l'articulation de la mâchoire, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés, tend à se resserrer quelquefois jusqu'au point de permettre à peine un léger écartement des arcades dentaires. De là une gêne marquée dans la mastication, ainsi qu'un embarras de la parole.

» Tel était l'état dans lequel se trouvait récemment un jeune soldat entré au Val-de-Grâce pour une ankylose incomplète de la mâchoire consécutive à un coup de feu reçu en Afrique. Il pouvait à peine, selon l'expression vulgaire, desserrer les dents, lorsqu'après avoir essayé, dit M. Larrey, obtenu même un certain degré de dilatation graduelle, à l'aide de coins en bois interposés entre les arcades alvéolaires et progressivement augmentés d'épaisseur, je découvris au fond de la bouche, au delà des dernières dents molaires, un corps étranger dur, résistant. C'était une balle déformée, aplatie et enclavée vers la base de l'apophyse coronoïde. L'extraction en fut faite assez facilement, sans laisser de trace d'une lésion plus profonde, mais sans permettre un écartement beaucoup plus sensible qu'auparavant.

» Ce fut alors que M. Godde, bien connu dans les arts par ses travaux en architecture, eut l'idée, en voyant ce malade par occasion, de faire confectionner chez Sir Henry l'instrument qu'il appelle *spéculum dilatateur progressif.*

» Cet instrument représente un coin à deux branches articulées à la base par une charnière et susceptibles d'écartement au sommet. Celui-ci, fermé par le rapprochement des branches, est introduit entre les dents et s'y arrête par une rainure transversale. La base ou l'extrémité libre de l'instrument est pourvue d'une vis de rappel qui fait mouvoir un écrou placé à l'intérieur des branches et opère l'écartement avec autant de force que de précision. Cette force même est tellement grande qu'elle surmonterait sans doute les obstacles si l'excès de la douleur et les chances d'accidents n'obligeaient de suspendre la dilatation progressive.

» J'ai donc employé chez le malade de mon service cet ingénieux instrument; mais, malgré l'avantage que j'en ai retiré, malgré même la supériorité que ce moyen me semble avoir sur tout autre agent mécanique, je le crois encore insuffisant pour vaincre dans tous les cas la résistance énergique des tissus rétractés ou de l'articulation ankylosée.

» Toutefois, ajoute M. Larrey en terminant cette note, l'instrument de M. Godde me semble susceptible d'une application utile, non-seulement dans les divers degrés d'ankylose, mais encore dans les cas de contracture volontaire ou simulée de la mâchoire chez les enfants, chez les conscrits ou chez les aliénés, soit pour l'exploration de la bouche, soit pour l'alimentation ou l'introduction des médicaments, soit aussi pour la pratique de diverses opérations chirurgicales (1). »

M. Demarquay, à propos de la communication qu'il vient de faire pour M. Larrey, fait observer qu'il existe plusieurs instruments à l'aide desquels on cherche à amener l'écartement des mâchoires. M. Jules Guérin a imaginé, il y a quelques années, un instrument très ingénieux pour obtenir ce résultat : il est composé de deux plans métalliques ayant la forme des arcades dentaires et pouvant s'écarter à l'aide d'une vis de rappel. M. Blandin a employé cet instrument chez une jeune fille qui avait été affectée d'une gangrène de la joue, à la suite de laquelle du tissu inodulaire tenait fortement rapprochées les arcades dentaires. Des incisions faites dans les parties molles ont permis l'application de cet appareil ;

(1) Une plaque abaisse-langue peut s'adapter à l'instrument et le compléter au besoin.

un instant les mâchoires furent écartées, mais bientôt les choses reprirent leur état anormal. J'ai eu occasion cet été de revoir la jeune malade, et la résistance à l'écartement des mâchoires est toujours la même.

L'avantage de l'instrument de M. Guérin est d'agir sur toutes les dents; tandis que celui de M. Godde, présenté et employé par M. Larrey, n'agit que sur quelques dents. C'est là évidemment un inconvénient.

M. Boinet, ayant eu à traiter il y a peu de temps une personne affectée d'accidents syphilitiques tertiaires avec rétraction d'un masséter, qui mettait le malade dans l'impossibilité d'écarter les mâchoires, eut recours au traitement spécial à cette période de la maladie, et pour vaincre la résistance des muscles élévateurs des mâchoires il se servit d'un instrument agissant d'une manière analogue à celle de l'instrument présenté par M. Larrey.

M. Deguise fils dit que son grand-père a imaginé un instrument à l'aide duquel on peut forcément écarter les mâchoires. Il blâme l'emploi de ces instruments comme moyen de cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés. Il préfère de beaucoup le cathétérisme par les fosses nasales.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 22 janvier* 1851.

### Présidence de M. Bantau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Boinet, à propos du procès-verbal, entre dans les détails suivants :

Dans le courant de novembre dernier, un jeune homme de vingt-quatre à vingt-cinq ans vint me consulter, parce qu'il ne pouvait plus ouvrir la bouche et qu'il craignait, le mal augmentant chaque jour, de ne pouvoir bientôt plus prendre d'aliments ; il en était déjà réduit aux potages. Cette difficulté d'ouvrir la bouche lui était venue peu à peu et presque à son insu, du moins il n'en connaissait pas la cause, qu'il attribuait pourtant à une ulcération qu'il avait au fond de la bouche, ulcération qu'il avait cautérisée et fait cautériser maintes et maintes fois. Il avait d'ailleurs remarqué

qu'après chaque cautérisation l'écartement des mâchoires devenait plus facile. D'abord ce resserrement des mâchoires, qui avait commencé par un peu de roideur ou de difficulté dans les mouvements du côté droit, ne l'avait inquiété que médiocrement, et il l'avait négligé tant qu'il avait pu ouvrir la bouche pour manger. Suivant le malade, le début de cette affection remonterait à peine à six semaines. Ce jeune homme, d'une assez bonne constitution, m'a confessé qu'il avait eu plusieurs fois des chancres et des blennorrhagies, mais qu'il se croyait parfaitement guéri de toutes ces affections. Son dernier chancre daterait de plus de deux ans. Il attribue l'ulcération qu'il a au fond de la bouche à sa dent de sagesse, qui n'est pas entièrement poussée et qui est encore recouverte par les tissus. C'est pour détruire les parties qui recouvrent cette dent et l'ulcération qui en serait la suite qu'il s'est soumis à de nombreuses cautérisations faites avec divers caustiques : nitrate d'argent, sulfate de cuivre. Le malade, ne pouvant ouvrir la bouche, il m'est impossible de bien voir cette ulcération. Les mâchoires sont assez rapprochées pour ne pas permettre, même entre les dents incisives, l'introduction d'une pince à pansement. Si le malade fait des efforts pour ouvrir la bouche, il éprouve de la douleur au niveau du masséter droit, qui se contracte et fait saillie sous la peau. Lorsque le malade ferme la bouche et ne fait aucun effort pour l'ouvrir, le masséter droit n'est ni plus saillant, ni plus douloureux que celui du côté opposé. A la pression et au toucher, on ne sent ni dureté, ni tension, et le malade n'accuse aucune douleur.

L'aveu, les antécédents et l'examen du malade me firent penser qu'il existait une rétraction du masséter. Mais cette rétraction était-elle de nature syphilitique? Je suis tout disposé à le croire, en raison surtout de l'amélioration prompte et de la guérison radicale qu'il a obtenue sous l'influence de l'iodure de potassium pris pendant cinq semaines à la dose de trois cuillerées à bouche par jour formulée comme il suit :

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . | 500 grammes. |
| Iodure de potassium. . . . | 15 — |

Cependant, ne pourrait-on pas attribuer la rétraction de ce masséter à l'irritation qu'il aurait éprouvée par le voisinage de cette ulcération du fond de la bouche qu'on cautérisait tous les jours et

même plusieurs fois par jour depuis un mois? car je n'ai senti dans ce masséter ni épaississement, ni gonflement, ni dureté ou nodus lorsqu'il était à l'état de repos. J'ai dit qu'il devenait dur, tendu, seulement lorsque le malade faisait des efforts pour écarter les mâchoires. Depuis la guérison, le mouvement de ce masséter est facile, complet, normal; ce qui prouverait que le tissu musculaire ou fibreux n'a nullement été altéré.

Dans ce cas, il ne suffisait pas de chercher à guérir la cause de cette rétraction musculaire, mais il était urgent de remédier à ses effets immédiats; d'abord pour permettre au malade de prendre des aliments, ensuite pour soigner l'ulcération du fond de la bouche. Dans ce but, j'introduisis entre les dents incisives d'abord, et les jours suivants entre les premières molaires, un instrument à l'aide duquel je pus écarter les mâchoires.

Voici cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à la Société. Il n'est pas nouveau; il m'a été fourni par M. Charrière pour ouvrir et maintenir ouverte la bouche d'un monsieur qui voulait se laisser mourir de faim. Pendant trois semaines j'ai fait usage de cet instrument tous les jours, et suis parvenu peu à peu à donner un écartement raisonnable aux mâchoires. Après cette opération, le malade pouvait ouvrir les mâchoires, jusqu'au point où je les avais ouvertes avec l'instrument; mais le lendemain il avait en partie perdu le bénéfice de cette manœuvre, et les mâchoires subissaient un rapprochement sensible. Cet écartement forcé des mâchoires était très douloureux pour le malade, et la douleur siégeait dans toute l'étendue du masséter. Deux fois pendant le cours de ces manœuvres, il m'est arrivé d'ouvrir la bouche dans toute son étendue, la résistance cédant tout à coup comme si une rupture avait eu lieu; cette résistance vaincue si subitement, et excessivement douloureuse pour le malade, me fit craindre d'avoir luxé ou fracturé la mâchoire inférieure, ou rompu quelques fibres du masséter... Du sang s'écoulait par la bouche provenant de l'ulcération, et le malade pouvait se livrer à tous les mouvements de ses mâchoires. La première fois, après cet écartement subit, je crus le malade guéri; mais quel ne fut pas mon étonnement, à la visite du lendemain, de retrouver les mâchoires presque aussi serrées qu'avant, et d'être obligé de revenir à mes manœuvres d'écartement!... Il en fut de même à la seconde fois, et la rétraction ne céda qu'à la

longue et sous l'influence d'écartements progressivement augmentés et maintenus pendant huit à dix minutes à chaque opération, dans le but de vaincre la résistance opposée par le masséter et d'allonger ses fibres. Pendant ces manœuvres je cautérisai plusieurs fois l'ulcération du fond de la bouche, tantôt avec la pierre infernale, tantôt avec de la teinture pure d'iode. Six semaines après ce traitement, le malade était parfaitement guéri, et n'a rien éprouvé de nouveau depuis bientôt un mois qu'il a cessé tout traitement.

M. Forget communique le résultat de ses recherches faites sur la fracture du péroné à l'époque où il était interne.

Dans la dernière séance, dit-il, j'ai prétendu que le signe donné par M. Maisonneuve pour reconnaître la fracture sus-malléolaire du péroné n'était pas nouveau, que je l'avais indiqué il y a plusieurs années, et que souvent j'y avais eu recours. Pour prouver ce que j'ai avancé, j'ai rapporté deux observations, dont l'une est de 1836, et l'autre de 1837.

Dans la première, se trouve le passage suivant : « En comprimant avec le pouce sur le sommet de la malléole externe, je » remarquai que, par un léger mouvement de bascule, je la ramenais en dedans. Je répétai cette pression en même temps que » j'explorais avec les doigts de l'autre main la face externe du » péroné. »

Un peu plus loin on lit : « Le plus léger mouvement de bascule » de l'extrémité supérieure du fragment inférieur en dedans le » porte au contact avec la face correspondante du tibia. »

Enfin, la seconde observation est encore plus concluante. Voilà le passage qu'elle renferme :

« J'appliquai la pulpe des deux premiers doigts de la main » gauche sur le sommet de la malléole, les deux mêmes doigts de » la main droite restant appliqués sur le lieu où la fracture me » semblait exister ; j'imprimai des mouvements de bascule en com» primant fortement sur l'extrémité du péroné, et je pus appré» cier nettement, avec les doigts de la main droite, la solution de » continuité de l'os, le fragment inférieur pouvait être déprimé de » dehors en dedans assez facilement à son extrémité supérieure. »

M. Forget pense que ces citations suffiront pour démontrer que le moyen de diagnostic dont il s'agit était loin de constituer une

innovation, qu'il y a eu recours pour la première fois il y a quinze ans, et que depuis il l'a constamment employé.

**Correspondance.**

M. le président de la Société de Chirurgie a reçu une lettre de M. Robert, dans laquelle notre collègue déclare employer depuis plus de six ans le moyen indiqué par M. Maisonneuve, et qu'il est longuement décrit dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1846, page 139, dans une revue clinique de l'hôpital Beaujon.

M. Maisonneuve déclare, après la communication du manuscrit de M. Forget et la lettre de M. Robert, ne plus persister dans la pensée qu'il était le premier qui eût employé le signe qu'il a donné comme propre à reconnaître la fracture du péroné; mais il est heureux d'avoir attiré l'attention de ses confrères sur un moyen peu connu, peu employé, et qui peut rendre d'importants services.

— M. Lenoir présente un calcul vésical volumineux qu'il a extrait ces jours derniers par une opération de taille périnéale, dans des circonstances assez insolites.

L'opéré est un homme de cinquante ans environ, vêtu à Paris d'un des départements du nord de la France. Il raconte qu'il y a six mois il a été taillé par un chirurgien de la ville qu'il habite, et que, bien qu'on eût fait pendant près d'une heure des tentatives pour extraire sa pierre, on fut forcé d'abandonner celle-ci dans la vessie et de laisser la plaie du périnée se cicatriser.

Il porte aujourd'hui une cicatrice semi-lunaire placée à un pouce et demi au-devant de l'anus, et allant d'une tubérosité de l'ischion à l'autre. Cette cicatrice offre un petit orifice fistuleux au niveau du raphé périnéal. Le malade a d'abord été placé dans le service de M. Civiale, qui l'a considéré, en raison de l'état de sa vessie et du volume du calcul qu'elle renferme, comme impropre à la lithotritie, et qui l'a adressé à M. Lenoir pour le tailler.

M. Lenoir, ayant appris par expérience que, dans les cas de calculs volumineux où la vessie est presque toujours sur le corps étranger et forme une tumeur profondément cachée dans le petit bassin, derrière la symphyse des pubis, on éprouve de grandes difficultés à pratiquer la taille hypogastrique, et que, consécutivement à l'opération, on a presque infailliblement des épanchements urineux dans le tissu cellulaire sous-périnéal, préfèra à cette taille

une taille périnéale, qui donne le plus grand débridement possible de la prostate.

On avait déjà fait la taille bilatérale de Dupuytren. M. Lenoir pratiqua celle qui a été décrite par M. Senn, de Genève, et qui consiste aussi dans deux incisions latérales de la prostate, mais dont l'une est oblique (*c'est celle qu'on fait à gauche*) comme dans la taille latéralisée, tandis que l'autre est horizontale et porte sur le côté droit du col de la vessie. Cette taille, suivant M. Lenoir, offre une disposition d'ouverture plus favorable que la taille bi-oblique de Dupuytren à l'extraction de gros calculs; ce fut elle qu'il pratiqua et qui lui permit d'extraire, dans ce cas, un calcul qu'on avait inutilement cherché pendant une heure à faire passer par l'ouverture que donne la taille de Dupuytren. Ce résultat fut d'autant plus facilement obtenu que, pendant la manœuvre, le calcul se brisa en deux portions égales.

M. Vidal. M. Lenoir, en nous rapportant les détails de son opération, établit que le malade, qui n'avait pu être débarrassé de son calcul par la taille bilatérale de Dupuytren, avait été au contraire promptement opéré par le procédé de M. Senn. Mais, pour établir la supériorité de la taille de M. Senn sur celle de Dupuytren, il faudrait savoir si les débridements qu'exige la taille de Dupuytren ont été suffisamment étendus; si, en un mot, la taille bilatérale a été bien faite.

M. Lenoir, en rapportant le fait qui occupe actuellement la Société de Chirurgie, n'a pas eu la pensée d'établir d'une manière absolue que la taille d'après le procédé de M. Senn fût supérieure à la taille bilatérale; ce fait démontre que là où la taille de Dupuytren avait échoué, la taille qu'il avait choisie a réussi. Quant aux incisions qui avaient été faites aux parties molles par le médecin qui avait tenté l'opération, elles étaient suffisamment grandes; les cicatrices que portaient le malade prouvaient qu'elles n'avaient point été ménagées. Pour ce qui est de la prostate, on sait que du moment que le tissu de cette glande a été intéressé, il se déchire facilement jusqu'à ses limites aponévrotiques par le passage des tenettes et par les efforts d'extraction du calcul.

— M. Maisonneuve revient sur la malade chez laquelle il a dû débrider profondément le périnée afin de pouvoir aviver et faire la suture d'une large fistule vésico-vaginale. Depuis l'opération,

l'urine a continué à couler dans le vagin, et cependant l'opération préliminaire a marché vers la cicatrisation comme si ce liquide ne fût pas venu la baigner incessamment; de plus, la fistule vésico-vaginale elle-même s'est réunie partiellement, il est vrai, par seconde intention. Il y a à se demander, en présence de ce fait, si l'urine est véritablement l'obstacle sérieux à la réunion des fistules qui nous occupent; les succès obtenus par M. Jobert ne tiennent-ils pas plutôt au débridement large qu'il a su employer qu'aux précautions qu'il prend pour éviter le passage de l'urine sur les plaies récemment faites?

M. Vidal. Quand j'eus à examiner les causes qui rendent les fistules vésico-vaginales incurables, je dus avoir égard à l'influence de l'urine sur la plaie faite à la vessie; contrairement à ce qu'on avait avancé, je dis que la présence de l'urine n'était pas incompatible avec la réunion, et la preuve se trouve dans ce que j'ai dit à propos des tailles sus-pubiennes, où la cicatrisation se fait malgré le contact continuel de l'urine et de la plaie vésicale.

M. Demarquay. Je ne veux pas combattre l'opinion de mes collègues, mais je ferai remarquer que l'on ne peut pas nier que les produits de sécrétion sont une cause d'obstacle à la réunion des plaies; je pourrais invoquer, à l'appui de mon opinion, tous les efforts que les chirurgiens ont tentés pour obtenir la réunion des fistules salivaires. Mais, pour ne pas sortir du sujet, je dirai que, dans les fistules vésico-vaginales, il est des circonstances où l'urine ne s'oppose pas seulement à la réunion des plaies par ses propriétés chimiques, mais encore d'une manière mécanique. Tel est le cas où la fistule vésico-vaginale occupe le bas-fond de la vessie, tout près des uretères; or, dans ce cas, après l'avivement, les deux uretères peuvent être contenus dans les lèvres de la plaie récemment avivées, et l'urine, filtrant sans cesse dans cette plaie, s'oppose au moins mécaniquement à l'organisation de la lymphe plastique. J'ai été témoin d'un fait de ce genre qui s'est passé dans le service de M. Blandin, et qui a été communiqué par ce chirurgien à l'Académie de Médecine; l'avivement, dans ce cas, avait porté sur l'extrémité des uretères.

M. Mokon trouve l'observation de M. Maisonneuve fondée; il ne pense pas non plus que l'urine soit l'obstacle à la réunion. Il a vu à la Maison de Santé une femme affectée d'une fistule vésico-vagi-

nale, dans laquelle on pouvait introduire le doigt; il y avait autour de la fistule un cercle fibreux, cicatriciel. Cette fistule revint petit à petit sur elle-même, malgré le passage continuel de l'urine; elle arriva bientôt au point de ne plus laisser passer que l'extrémité d'un stylet. Alors M. Monod fit l'opération que réclamait cette lésion, sans succès; M. Jobert, qui avait vu la malade et qui tenta la même opération, ne fut pas plus heureux. Enfin, M. Monod ajoute, en terminant, que les succès obtenus dans les opérations de fistules vésico-vaginales par M. Jobert lui paraissent plutôt dus au débridement qu'il opère sur les parties voisines, à l'ablation du tissu cicatriciel, plutôt qu'aux soins qu'il prend de préserver la plaie du contact de l'urine.

M. Huguier appuie l'opinion de M. Maisonneuve et de M. Monod, et cite l'observation d'une jeune femme de Passy, qui guérit d'une fistule vésico-vaginale malgré le passage de l'urine et sans opération. Toutefois, il faut ajouter que des sondes ont été conservées à demeure tout le temps que la plaie a mis à se cicatriser.

— M. Debout. Dans une des discussions récentes sur la valeur de la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes, M. Morel-Lavallée est venu nous citer le fait d'un malade de l'hôpital de la Charité présentant une tumeur pulsatile développée dans la tête du péroné, et chez lequel M. Gerdy avait tenté l'emploi de ce moyen. Les pulsations isochrones aux battements du pouls que présentait la tumeur et leur disparition lorsqu'on comprimait la tumeur semblaient témoigner que cette affection devait être rangée parmi les anévrismes des os. Aussi, avant d'arriver à la ligature de l'artère crurale, M. Gerdy voulut essayer l'électricité. Les détails de cette observation, publiée par M. Malgaigne, nous prouvent que ces tentatives ne furent pas aussi heureuses que les premiers renseignements pouvaient le faire espérer. Sous l'influence de l'excitation produite par la galvano-puncture, la tumeur augmenta de volume, et M. Malgaigne dut lier l'artère crurale et, la guérison n'ayant pas lieu, extirper la portion d'os malade.

M. Debout fait remarquer que cet insuccès de la galvano-puncture doit être rapporté principalement à la nature de la tumeur, qui était un cancer encéphaloïde avec pulsations.

— La Société, formée en comité secret pour entendre l'exposé fait par M. Deguise père des circonstances fatales qui ont amené

si récente condamnation en police correctionnelle, écoute cette communication avec un douloureux intérêt.

M. le président exprime à notre honorable confrère, en son nom et au nom de ses collègues, la part que la Société prend au malheur qui vient de le frapper et la vive sympathie dont il est l'objet dans cette triste circonstance. Plusieurs membres prennent ensuite la parole et offrent successivement à M. Deguise les assurances les plus vives d'estime et de dévouement.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 29 janvier* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Guersant présente quelques considérations générales sur les maladies des enfants, en les comparant à celles des adultes, et attire particulièrement l'attention de la Société sur un malade qui se trouve actuellement dans son service, et qui est affecté d'un polype du sinus maxillaire. Déjà le mal a fait assez de progrès pour que le sinus ait subi des modifications importantes; ainsi il existe une tuméfaction de la face due à l'ampliation de ce sinus. Il existe, du côté de l'orbite, une saillie formée par la saillie supérieure de l'antre d'hygmore, de plus il existe du côté correspondant des fosses nasales un développement anormal qui fait croire à M. Guersant que le polype a franchi la paroi externe des fosses nasales, et qu'il a envahi celle-ci. La voûte palatine est intacte.

M. Guersant se propose de faire l'opération suivante : enlever la portion qui, suivant lui, fait saillie dans les fosses nasales, et trépaner ensuite le sinus pour pratiquer l'ablation du reste de la tumeur. M. Lenoir a eu occasion de voir le malade, et il ne pense pas que la tumeur qui apparaît dans les fosses nasales soit due à un prolongement du polype ; il pense que cette saillie est formée par le refoulement de la paroi externe des fosses nasales, et tout à fait analogue à ce que l'on voit du côté de l'orbite. Pour lui, le procédé opératoire que l'on doit mettre en usage dans ce cas, c'est d'inciser les téguments de la face sur la ligne médiane, de renver-

ser ceux-ci en dehors, d'ouvrir alors largement le sinus maxillaire, et de faire l'extraction du polype.

— M. Boinet attire un instant l'attention de la Société sur une opération de phymosis faite dans des conditions insolites. La pusillanimité du sujet, son horreur pour le chloroforme ont forcé M. Boinet à laisser subsister des adhérences qui gêneront sans doute l'accomplissement de certaines fonctions.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 5 février* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Diagnostic des fractures du péroné par la pression indirecte.**

M. Larrey, empêché d'assister à la séance par le concours de la Faculté, adresse la communication suivante :

« La discussion qui vient de s'élever au sein de la Société de Chirurgie sur un moyen de diagnostic des fractures du péroné m'engage à lui soumettre un autre mode d'appréciation de ces fractures qui méritera peut-être son intérêt, et que j'ai proposé depuis longtemps.

» Les entorses, extrêmement fréquentes chez les militaires, surtout parmi les cavaliers, présentent quelquefois des complications qui ne permettent pas de reconnaître toujours de prime abord s'il existe ou non une fracture du péroné. On sait, d'ailleurs, que les signes caractéristiques si bien décrits par Dupuytren manquent dans certains cas, ou sont masqués par le gonflement. La douleur, enfin, est souvent si vive, qu'elle s'oppose à une exploration immédiate ou augmente par la moindre pression directe. Le moyen même qui a été signalé de nouveau par M. Maisonneuve et par quelques-uns de nos collègues ne permettrait point, dans tous les cas, de constater les signes certains de cette fracture, et, pour l'admettre, on ne peut donc se fonder alors que sur des présomptions ou des probabilités.

» C'est pour obvier à l'insuffisance des ressources du diagnostic que j'ai été conduit, en 1840, à imaginer le mode d'exploration

que voici : Il consiste simplement à exercer une pression indirecte sur la partie supérieure du péroné, au-dessous de la tête de cet os, dans une étendue variable, et jusque vers son tiers moyen, s'il y a lieu; cette pression est faite simultanément à l'aide des deux pouces appuyés sur l'os et rapprochés l'un de l'autre par leurs extrémités, tandis que les autres doigts de chaque main saisissent et soutiennent la face interne du membre resté libre et préservé de toute pression directe, afin d'éviter les causes d'erreur.

» Le résultat de la pression indirecte doit être, on le conçoit, de faire mouvoir ou basculer la longue portion du péroné ou son fragment supérieur qui se laisse déprimer vers le tibia, si tant est que la fracture existe au-dessus ou à quelque distance de la malléole externe. De là, par conséquent, une douleur plus ou moins intense transmise au niveau présumable de la fracture, et enfin la certitude que cette fracture existe si le même signe se reproduit avec précision. Si, au contraire, la pression indirecte, même assez forte, ne détermine point de mobilité dans l'os, et surtout point de douleur vers son extrémité inférieure, il y a toute présomption de croire qu'il n'y a pas de fracture.

» Les fractures que l'on pourrait appeler intra-malléolaires et les fractures dites avec pénétration, celles, en un mot, qui ne sont point appréciables par le déplacement ou la mobilité, ne sauraient être constatées ainsi : mais elles sont rares.

» C'est donc aux fractures sus-malléolaires, si fréquentes, que peut s'appliquer la pression indirecte comme moyen de diagnostic. J'en ai fait maintes fois l'expérimentation dans les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou, ainsi qu'à l'hôpital des Cliniques, lorsque j'y suppléais, il y a une dizaine d'années, M. le professeur Cloquet, et comme l'indique d'ailleurs un compte-rendu de notre service dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 février 1842.

» Je ne prétends pas, toutefois, que ce mode d'exploration soit un signe pathognomonique ou infaillible de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, mais je le crois utile; et s'il est nouveau, comme je le pense, il est tellement simple aussi, que j'avais négligé jusqu'à ce jour d'en faire l'objet d'une publication spéciale. Cependant quelques-uns de nos honorables confrères en chirurgie en ont eu connaissance, et ont bien voulu lui donner leur approbation ou l'adopter dans la pratique.

» J'ai eu occasion, enfin, d'appliquer de même la pression indirecte au diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius, et il me semble que l'on pourrait encore en tirer parti dans d'autres fractures difficiles à reconnaître par la pression directe. »

**Inoculation de l'ecthyma syphilitique.**

M. Vidal lit un mémoire sur l'inoculation de l'ecthyma syphilitique, accident dit secondaire.

L'auteur se propose de mettre d'accord sur ce point l'expérimentation et l'observation cliniques. Selon lui, de bons observateurs ont prouvé la contagion de l'accident secondaire, c'est-à-dire sa transmissibilité par les rapports sexuels ; mais, même pour ces syphiliographes, l'inoculation de ces accidents, la transmissibilité par la lancette, n'était pas prouvée. M. Vidal a entrepris plusieurs expériences dont les résultats viennent à l'appui de sa thèse ; il en cite trois. Une est relative à une inoculation d'un ecthyma sur le malade même qui le portait. Deux pustules ont été inoculées à la partie inférieure des cuisses ; dans ces mêmes pustules, on a puisé pour inoculer la partie supérieure de ces membres, et cela avec le même succès. Ce malade ne portait aucun accident primitif. Le chancre que l'on pouvait accuser d'avoir produit les pustules était très éloigné de l'époque de cette manifestation du côté de la peau. Un autre malade avait des ulcérations ecthymateuses au bas de la jambe ; avec du pus d'une de ces ulcérations, on a inoculé la partie supérieure de la cuisse encore avec succès.

L'inoculation la plus importante est celle qui a été faite du malade au malade, et de celui-ci à l'homme sain. Le malade avait eu un chancre induré ; il avait vu se développer sur plusieurs points du corps des pustules d'ecthyma très caractérisées. Il avait d'ailleurs éprouvé tous les symptômes qui caractérisent l'infection générale ; du pus appartenant aux pustules qui étaient sur la peau du thorax a d'abord été inoculé à la partie inférieure de la cuisse ; des pustules résultant de cette inoculation on a extrait du pus encore inoculable avec succès à la partie supérieure du même membre. L'inoculation de l'homme malade à l'homme malade était donc réelle ; mais pour certains esprits, cette expérience n'était pas complétement probante. C'est alors que M. Boudeville s'offrit pour subir l'inoculation ; M. Boudeville était interne en pharmacie à l'hôpital

du Midi. Il n'avait jamais eu aucune affection syphilitique. Il se dévoua avec une résolution et un courage que M. Vidal fait ressortir dans son mémoire. Deux pustules sont inoculées à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras de cet élève. Le succès de cette inoculation porta M. Vidal à conseiller un traitement. M. Boudeville ne voulut pas se soumettre à ce conseil, en disant qu'il avait d'avance pesé les conséquences de cette expérimentation, et qu'il la désirait complète; c'est pour cela qu'il attendait, afin de savoir s'il se déclarerait chez lui des accidents constitutionnels. Ces accidents sont survenus; en effet, il y a eu alopécie, roséole, affection de la gorge. C'est alors seulement que M. Boudeville a entrepris un traitement qui a réussi, puisque cet élève est aujourd'hui en parfaite santé.

M. Vidal termine en citant une observation de M. Cazenave, qui vient à l'appui de ce qu'il avance; il mentionne aussi des expériences de Wallon favorables à l'inoculation de l'accident secondaire, et que M. Diday a considérées comme confirmatives.

M. Cullerier. Deux choses sont à considérer dans l'intéressante communication qui vient de nous être faite par M. Vidal: le fait de l'inoculation d'abord, et ensuite les conséquences qu'il en tire. Le fait de l'inoculation, j'avoue qu'il m'a fallu entendre la lecture de M. Vidal pour y croire. En effet, n'a-t-il pas plus que personne, dans ses conversations particulières, dans ses leçons et dans ses écrits, proclamé que l'inoculation est une pratique inutile, fausse et dangereuse; n'a-t-il pas déversé le blâme sur ceux de ses confrères qui s'y livraient? n'a-t-il pas suspecté leur moralité, et aujourd'hui M. Vidal va beaucoup plus loin dans l'expérimentation qu'ils ne l'ont jamais fait. Jusqu'à présent les inoculateurs n'avaient agi que sur le malade lui-même, persuadés qu'ils sont qu'ils n'augmentent pas ses chances d'infection, qu'ils ne lui donnent pas une maladie nouvelle; mais M. Vidal reconnaît que le symptôme qu'il a inoculé sur son malade est virulent, et il ne craint pas d'aller porter le même produit dans le bras d'un individu tout à fait sain et vierge jusqu'alors de toute affection syphilitique. Je ne veux pas reprocher à M. Vidal ce qu'il a fait; je me garderai bien d'en appeler à sa moralité, mais je veux seulement faire remarquer combien nous voilà dépassés par un juge qui a été si sévère. D'un autre côté, M. Vidal a très agréablement, très finement raillé les chirurgiens qui mettent toute leur science au bout d'une lancette. Je suis bien

aise de voir que M. Vidal, qui a tant d'instruments à son service et qui s'en sert si bien, soit arrivé à ne plus tant dédaigner le nôtre. Mais j'ai hâte d'arriver aux conséquences de cette inoculation.

Je dois avouer qu'elles me paraissent beaucoup moins probantes que ne le pense M. Vidal. On connaît les nombreuses expériences qui ont été faites par M. Ricord et M. Puche avec tous les symptômes syphilitiques, et l'on sait que ces praticiens n'ont jamais réussi qu'avec le chancre. J'ai fait moi-même un nombre considérable d'inoculations, et je suis toujours arrivé au même résultat. Je ne connais dans la science que les observations de Wallace qui infirment ces expériences; mais il y a tant à désirer dans ces deux observations, il y a une marche si singulière de l'évolution de ces inoculations, tout y est tellement en dehors de ce que nous voyons journellement, qu'il nous est bien permis d'en appeler à une expérimentation plus rigoureuse. Je ne veux pas mettre en doute le talent diagnostique de M. Vidal; mais je ne puis m'empêcher de rappeler que de toutes les formes de syphilis, la forme pustuleuse est celle qui a donné lieu à plus d'erreurs, et que des auteurs spéciaux avec lesquels M. Vidal est souvent en communion d'idées, MM. Gibert et Cazenave, ont cité des cas où cette affection a pu être prise une fois pour une variole, une autre fois pour la gale, et un troisième cas dans lequel la nature syphilitique fut entièrement méconnue.

Mais je remarque que le malade de M. Vidal portait encore l'induration de son chancre primitif lorsque les pustules d'ecthyma ont paru chez lui, et que, de plus, il portait des plaques muqueuses à l'anus. Or il me semble qu'il doit toujours y avoir du doute sur la nature intime d'une suppuration quelconque d'un individu qui sera porteur d'un accident primitif, ou chez lequel l'accident primitif aura disparu depuis peu. Est-ce donc être si loin de la vérité que de supposer et de dire que chez le malade de M. Vidal les plaques muqueuses de l'anus étaient une transformation d'un chancre qui existait en même temps que le chancre induré de la verge, et que ce chancre, en se transformant et en prenant les caractères de la plaque muqueuse, a conservé pendant quelque temps sa propriété virulente, puisque le produit de ce symptôme a été transporté par les doigts du malade à la partie antérieure de la poitrine, où l'observation de M. Vidal nous apprend qu'il existait déjà des taches

rouges ou des papules ? et bien qu'en général les éruptions syphilitiques exanthématiques ou papuleuses soient exemptes de démangeaisons, cependant il est de ces exceptions où on la rencontre. Il pouvait en être ainsi chez ce malade, qui, en se grattant, se sera déchiré, excorié la peau avec les ongles, d'où l'inoculation médiate.

Si j'ai bien entendu la lecture de l'observation de M. Vidal, il est dit que les pustules que portait le malade étaient volumineuses, à base rouge, tuméfiées, tendant à l'envahissement des tissus. Or, c'est le caractère de l'ecthyma tardif, de celui à pustules profondes, ulcérantes, dont la cicatrice est presque toujours indélébile. Mais cet ecthyma ne se voit que dans les affections vénériennes anciennes, que lorsque d'autres symptômes ont existé et reparu à diverses reprises, et pourtant ce n'était pas là le cas actuel, puisque la maladie ne datait que de quelques semaines.

Dans l'ecthyma hâtif, au contraire, dans celui qui suit quelquefois de très près le symptôme infectant, les pustules sont beaucoup plus petites, leur base est à peine ou point enflammée; on n'y rencontre pas cette tendance à l'envahissement que j'ai dit exister dans la forme précédente. Ces pustules, que M. Cazenave nomme cuticulaires, se dessèchent vite, et lorsque les croûtes tombent, la partie sur laquelle elles s'élevaient est le plus ordinairement cicatrisée; où, si elle ne l'est pas entièrement, elle ne tarde pas à se sécher. Ce n'était évidemment pas à des pustules de cette espèce que M. Vidal avait affaire. Mais les membres de la Société qui se sont livrés à l'inoculation ou qui l'ont vu faire savent très bien que lorsqu'on laisse marcher une pustule d'inoculation virulente, ce n'est pas à la pustule lenticulaire qu'elle ressemble, mais bien qu'elle prend tous les caractères de la pustule phlyzaciée; aussi la forme de la lésion que l'on dit avoir existé sur le malade de M. Vidal me donne-t-elle la preuve de son origine, et ne me permet-elle pas de douter de sa propriété virulente. Née de la contagion d'un accident primitif, elle a été elle-même contagieuse. J'ai vu de ces pustules d'inoculation qu'on avait laissé marcher, et, comme tous les inoculateurs, je leur ai toujours trouvé les caractères de l'ecthyma profond, tardif et cachectique. Il y a plusieurs années, lorsque je pris, à l'hôpital de Lourcine, le service que quittait notre honorable collègue M. Huguier, j'eus à examiner une femme qui avait été inoculée aux deux cuisses avec le pus d'un chancre virulent. Comme

il m'avait fallu du temps pour me mettre au courant des malades, cette femme ne fut examinée par moi que dix ou douze jours après l'inoculation. J'ignorais que cette opération expérimentale avait été pratiquée ; aussi, lorsque la malade monta sur le lit du spéculum, je m'écriai en la découvrant : voici de belles pustules d'ecthyma, et ce fut seulement alors que l'interne du service, un peu honteux de sa négligence, me fit connaître l'origine de ces pustules.

Je me résume, et je dis que d'après la marche de l'affection que portait le malade, d'après l'existence de l'induration du chancre de la verge, qui datait seulement de quelques semaines, et d'après l'existence actuelle des plaques muqueuses et des rhagades de l'anus, on a eu affaire à un ecthyma, c'est incontestable; mais à un ecthyma primitif en tant qu'il précède la plaie, l'ulcère qu'on appelle chancre. C'est là le phénomène qu'on verra chaque fois qu'on laissera marcher la pustule d'inoculation virulente, pourvu qu'elle ne soit pas déchirée. Le nombre des pustules qu'on invoque n'est nullement probant; car on peut toujours faire, par l'inoculation artificielle, autant de chancres que l'on voudra.

M. Vidal nous dit que les pustules développées sur l'élève en pharmacie qu'il a inoculé n'ont pas présenté l'aspect chancreux, et que, de plus, elles ne se sont pas accompagnées de l'engorgement des ganglions correspondants. J'ai vu la cicatrice de ces pustules que le jeune homme, M. Boudeville, m'a montrée il y a plusieurs mois; je déclare qu'elles m'ont tout à fait rappelé les cicatrices d'inoculation qu'on n'a pas arrêtées dès le début, ou bien encore les cicatrices des pustules de l'ecthyma tardif. Quant à l'engorgement des ganglions, j'affirme qu'il est très rare dans les inoculations à la lancette; et cette circonstance a été notée par presque tous les inoculateurs; aussi son absence dans le cas actuel ne prouve-t-elle absolument rien comme conséquence de l'inoculation qui a été faite.

Enfin, il y a dans le travail de M. Vidal une observation dont je suis, bien à regret, obligé de dire quelques mots, c'est celle d'une inoculation d'une pustule d'ecthyma faite avec succès par M. Cazenave. J'avais vu, ces jours derniers, la relation de ce fait dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis ;* et en en lisant les détails, je ne m'attendais pas à être sitôt dans la nécessité de formuler l'impression qu'ils m'ont laissée; à savoir : que dans la mar-

che de la pustule que M. Cazenave a produite, rien ne rappelle celle de la pustule régulière de l'inoculation virulente. Il y a eu, avec du pus d'une affection franchement secondaire, production d'une légère inflammation, d'une pustule à courte période qui a été bien loin de ressembler à la pustule sur laquelle elle a été prise, et qui diffère tellement de la pustule d'inoculation, que si des inoculateurs s'avisaient de présenter à leurs adversaires une pustule semblable comme preuve d'une inoculation positive, ceux-ci ne manqueraient pas de la rejeter d'une manière absolue, ce qui, il faut en convenir, serait parfaitement juste et logique.

M. Vidal. Je réponds à M. Cullerier que je n'ai jamais jeté le blâme sur les *inoculateurs* qui expérimentaient dans un intérêt scientifique. J'ai imprimé, au contraire, que le médecin seul était juge des sacrifices mutuels que devaient s'imposer l'humanité et la science en faveur du progrès; et cela, quand un critique faisait entendre que les administrateurs, qui étaient les tuteurs naturels des malades des hôpitaux, devaient surveiller ces expériences. D'ailleurs, ajoute M. Vidal, si les inoculateurs avaient besoin de se mettre à l'abri d'un grand nom, ils auraient celui de Hunter, qui a été très inoculateur. Au reproche d'avoir inoculé un homme plein de santé, M. Vidal répond que M. Boudeville, qui a voulu subir l'inoculation, et qui s'y est soumis d'une manière si résolue, si courageuse, que M. Boudeville n'était pas son malade, que c'était un élève tout à fait indépendant, lequel n'a pas voulu être traité quand il a eu ses premières pustules. M. Boudeville n'a accepté des médicaments que quand il a jugé l'expérience comme étant complète. D'ailleurs, ajoute M. Vidal, si je m'étais borné à inoculer du malade au malade, on aurait considéré le fait comme peu probant, et cela, on l'avait déjà dit en parlant d'une première expérience dans laquelle l'inoculation s'était bornée à l'homme malade.

Selon M. Cullerier, le malade qui avait des pustules muqueuses à l'anus aurait pu avoir dans cette région des chancres qui se seraient transformés en pustules; il aurait pu imprégner ses doigts du pus de ces chancres, se gratter à la poitrine et produire sur cette région une ulcération primitive où j'aurais puisé. De sorte que M. Cullerier, pour répondre à des faits authentiques observés au moment de leur existence, suppose: 1° des chancres; 2° une transformation de ces chancres en pustules. M. Cullerier répond

donc par des hypothèses à ce qui est matériellement établi. Mais remarquez que ce sont quatre pustules intactes qui ont fourni le pus, deux pour inoculer le malade et deux pour inoculer l'élève. De sorte qu'ici on est obligé de supposer que ce malade était porteur de quatre chancres à la poitrine que le malade se serait faits en se grattant; et comme j'ai établi dans mon mémoire que ces pustules de la poitrine avaient les mêmes antécédents, qu'elles étaient nées dans les mêmes circonstances, qu'elles avaient les caractères de celles qui étaient répandues sur le reste du corps, il faudra, si on admet que ces pustules de la poitrine étaient des chancres, il faudra admettre aussi que tout le corps était couvert de chancres!!

Quant aux faits de M. Cazenave et de Wallace que M. Cullerier conteste, M. Vidal répond que M. Cazenave a déjà défendu et défendra encore le sien. Pour ceux de Wallace, M. Diday, qui s'entend en inoculation, les défend en disant que, quoique peu nombreux, ils sont *confirmatifs*.

M. Huguier remercie M. Vidal de la communication qu'il vient de faire à la Société. Pour lui, les expériences de notre collègue sont concluantes. Puis, passant à la critique que M. Cullerier a faite du travail de M. Vidal, et des circonstances spéciales dans lesquelles il s'est mis en inoculant de l'homme malade à l'homme sain, il approuve M. Vidal d'avoir agi ainsi; c'est seulement dans ces conditions que peuvent devenir concluantes les inoculations que l'on pratiquera pour éclairer la transmission des accidents dits secondaires ou tertiaires. En effet, ajoute M. Huguier, si on ne prend pas des personnes vierges de tout accident syphilitique, ne pourra-t-on pas toujours objecter que l'inoculation n'a été que l'occasion des accidents qui se sont manifestés, et qui tôt ou tard eussent apparu sans l'inoculation elle-même? Or, M. Boudeville n'ayant jamais eu d'accident syphilitique, l'expérience dont il a été l'objet devient concluante.

Hunter et M. Ricord, ajoute M. Huguier, disent qu'il n'y a que le chancre qui soit inoculable parmi les accidents primitifs, et, pour M. Ricord, les tubercules muqueux sont secondaires; pour M. Huguier, cet accident peut être à la fois primitif ou secondaire. Or, s'il se transmet, et la chose pour lui n'est pas douteuse, il faut admettre qu'il est contagieux et primitif; et s'il est secondaire, au

point de vue de M. Ricord, il ne doit point se transmettre par contagion. Or, il est contagieux; donc les accidents secondaires des plaques muqueuses se transmettent par contagion: d'où il faut conclure que certains accidents secondaires sont transmissibles de l'homme malade à l'homme sain.

Toutefois, ajoute M. Huguier en terminant, j'aurais voulu dans le travail de M. Vidal plus de détails. Il demande ce que sont devenues les pustules du premier malade chez lequel on a pratiqué l'inoculation : se sont-elles ulcérées? comment se sont-elles cicatrisées? Il aurait désiré que M. Boudeville entrât dans quelques détails plus circonstanciés relatifs à l'inoculation dont il a été l'objet.

M. Vidal se félicite d'être d'accord sur ce sujet avec M. Huguier; il croit que l'inoculation n'est réellement concluante que dans le cas où se trouvait M. Boudeville. En effet, des praticiens distingués à qui M. Vidal disait : J'inocule les accidents secondaires sur l'homme malade, ajoutaient : — La chose n'a rien d'étonnant, vous agissez sur des hommes infectés. Puis faisant des réserves relativement aux plaques muqueuses, M. Vidal dit : Je crois à l'inoculation plus facile du pus de l'ecthyma que de tout autre élément secondaire. Toutefois, ce n'est pas à dire que la plaque muqueuse ne soit pas contagieuse; M. Baumès, qui ne croit pas à l'inoculation des accidents secondaires, croit cependant à la contagion de la plaque muqueuse.

M. Lenoir. La question soulevée par M. Vidal est trop importante pour que la Société ne s'intéresse pas à tout ce qui sera fait dans cette voie. Il serait peut-être bon de nommer une commission pour suivre le résultat de ces expériences.

M. Forget pense qu'il y aurait de l'inconvénient à donner suite à la proposition de M. Lenoir, en nommant une commission la Société de Chirurgie prendrait parti pour un mode d'investigation scientifique qui compte un grand nombre d'opposants. Or, il me semble, dit M. Forget, que la Société de Chirurgie ne peut vouloir assumer la responsabilité des expériences dont il s'agit sans qu'on se soit expliqué devant elle sur les avantages et les dangers de celles-ci; or, c'est ce qu'elle ferait si en ce moment elle se faisait représenter officiellement auprès des expérimentateurs.

Je ne veux pas entrer ici dans l'examen de l'inoculation; mais

avant que vous preniez la décision qui vous est proposée, je ferai remarquer que la question des inoculations syphilitiques acquiert des proportions immenses, si bien, que je ne sais vraiment plus où elle pourra s'arrêter. Ce n'est plus seulement à un individu actuellement atteint de syphilis qu'elle a la prétention de s'adresser; ce n'est plus de cet individu à un autre individu également malade que l'on devra expérimenter; pour que les résultats de l'inoculation soient sérieux, significatifs, probants, il faut, d'après M. Huguier, qu'elle porte sur des individus purs de toute atteinte antérieure ou actuelle du vice vénérien; elle exige enfin des natures complétement *vierges*. En présence de telles exigences, je ne comprendrais pas, je le répète, que la Société encourageât les recherches des expérimentateurs en leur adjoignant des membres pris dans son sein. On dira, sans doute, que l'inoculation ne sera pratiquée que sur des individus qui s'y prêteront de bonne volonté; à cela je réponds que, lorsqu'un individu veut s'empoisonner, il est du devoir de tout homme et surtout du médecin de s'y opposer. La question soulevée ici, et philosophiquement envisagée, me paraît jugée depuis longtemps : je pourrais citer d'imposantes autorités qui se sont prononcées contre elle : frappé, pour ma part, des dangers qui s'y rattachent, je persiste à croire que ce que la Société a de mieux a faire, c'est de laisser la responsabilité de ces expériences à ceux qui les pratiquent, d'examiner les résultats qui lui seront communiqués, sans se prononcer d'une manière définitive pour ou contre le procédé d'observation dont il s'*agit*.

M. Huguier. Je ne me dissimule pas toute la gravité de ces expériences, mais il importe, au point de vue moral et médico-légal, que la gestion de la transmission par contagion des accidents secondaires soit jugée, que toutes ces expériences d'inoculation soient donc faites dans des conditions telles, qu'elles soient probantes pour tous ou qu'elles cessent.

M. Marjolin demande à M. Vidal si M. Boudeville savait les conséquences auxquelles il s'exposait en s'inoculant les accidents secondaires. Si des tentatives de ce genre sont de nouveau répétées, il importe, ajoute M. Marjolin, que ceux qui s'inoculent sachent bien à quoi ils s'exposent. Il rappelle à ce propos ce qui se passa à l'époque où Broussais faisait table rase du virus syphilitique: trois jeunes gens dont M. Marjolin père racontait l'histoire dans ses

cours s'inoculèrent. Sur l'un des trois seulement l'inoculation réussit et amena tous les accidents qu'on devait attendre. Bientôt, ce jeune homme découragé se donna la mort. Il faut donc réfléchir, avant de se lancer dans une pareille voie; que ceux qui de leur propre mouvement chercheront à vider cette question apportent ici le résultat de leurs expériences, qu'ils se fassent visiter par des médecins habiles, cela est très bien; mais la Société ne peut pas prendre une part active en nommant une commission.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 12 *février* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

1° La Société reçoit un numéro du *Journal de Médecine et de Chirurgie* de M. Lucas Champonnière, 22e année, 2e série;

2° Une note sur l'épidémie de choléra-morbus qui a régné dans le département du Puy-de-Dôme en 1849, par MM. Nivet et Guillon.

— M. Ricord prend la parole à propos du procès-verbal et s'exprime ainsi :

Dans la question intéressante qui a été soulevée ici par notre collègue M. Vidal relativement à l'inoculation des accidents secondaires, mon nom et les doctrines que je professe ayant été mis en cause, je viens, après avoir entendu la lecture du compte-rendu de votre dernière séance, vous demander la permission de continuer la discussion.

Je vous dirai d'abord que je donne mon assentiment plein et entier à l'argumentation de M. Cullerier, avec lequel je suis en communion d'idées et de doctrine; ce qu'il a dit dans votre dernière séance je l'accepte comme si je l'avais dit moi-même.

Les inoculateurs, et je ne sais plus aujourd'hui où en est la limite, doivent se féliciter de leur récente conquête, de leurs nouvelles recrues. Les réfractaires, enfin ramenés, ont tiré la *lancette de l'étui* pour replacer « la science à la pointe de cet instrument. » Nous acceptons le combat; car ils viennent, loyalement et publi-

quement, rétracter par leurs paroles, leurs écrits et leurs actes ce qui avait été dit contre les premiers inoculateurs et les inoculations. Il y a même plus, les lois de l'évolution syphilitique et la nomenclature ont été franchement acceptées, ainsi qu'on peut le voir dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.* M. Vidal nous a surtout distancé, nous qui, par des motifs que nous avons autre part formulés, n'avions jamais osé pratiquer d'inoculations que sur l'individu déjà malade. M. Vidal a inoculé un individu sain (M. Boudeville, interne en pharmacie à l'hôpital du Midi) avec un plein succès que je puis vous certifier; car j'ai eu ensuite à soigner le malade, qui a passé par la série régulière des accidents primitifs, successifs et secondaires.

M. Vidal a la bonté de me rappeler un fait qui se trouve dans mon *Traité sur l'inoculation.* C'est vrai, un de mes élèves s'est inoculé; mais avec du pus qui d'abord avait échoué sur le malade; autrement, comme dans le cas de M. Vidal, s'il avait réussi sur le malade lui-même, mon élève se serait bien gardé de s'inoculer; car il aurait été sûr de réussir. Ce qui ne réussit pas sur le malade ne réussit pas plus sur l'homme sain, et *vice versâ.*

C'est en qualité de médecin de M. Boudeville et avec sa permission que déjà j'avais pu commenter son observation. C'est d'après cette observation surtout qu'il m'était pérmis de dire, avec M. Vidal lui-même, que l'expérimentation ne doit pas être isolée de l'observation, autrement elle devient incertaine et dangereuse.

Je ne veux pas recommencer ici l'histoire de l'inoculation; je veux rester autant que possible dans la question agitée au sein de la Société de Chirurgie. Cependant, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler quelques grands préceptes, préliminaires indispensables avant d'entrer plus avant dans la discussion.

Une première contagion, autrement dit une première inoculation, n'en empêche pas une seconde, une troisième, une quatrième et ainsi de suite, quel que soit l'intervalle, le temps qui les sépare, sans autres limites que celles qui échappent à l'application directe du pus virulent dans les conditions voulues. Le *syphilisme*, la *syphilisation*, l'infection constitutionnelle, la diathèse syphilitique enfin n'empêchent pas une nouvelle contagion ou de nouvelles inoculations.

Cela posé, et c'est incontestable, d'observation journalière, qu'on

peut répéter à volonté, de manière à me permettre de jeter le gant à tout contradicteur, je dois combattre une grave erreur qui a cours dans quelques ouvrages, dans ceux de M. Cazenave, entre autres, et que notre honorable collègue M. Huguier a soutenue ici; à savoir, qu'il suffisait de faire une piqûre, une égratignure, une solution de continuité quelconque à un vénérien, pour que ces blessures devinssent aussitôt des ulcérations vénériennes. C'est une erreur que je demande à notre ami et collègue M. Huguier la permission de combattre avec énergie, non-seulement au point de vue de l'inoculation syphilitique, mais au point de vue plus général de la chirurgie et des opérations. Non; et je l'ai déjà dit ailleurs, non, le vénérien n'est pas une *outre* virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus qui doit ensuite spécifiquement corroder, *ulcérer chancreusement* l'ouverture qui lui a livré passage. On peut opérer, et nous opérons tous les jours, des individus affectés des différents symptômes de la syphilis, et nos opérations marchent comme dans les cas ordinaires, pourvu que les plaies ne soient pas souillées après coup par du pus primitif, c'est-à-dire du pus virulent. Il y a peu de jours encore, on pouvait voir dans mon service de l'hôpital du Midi un malade auquel j'avais pratiqué la circoncision pendant qu'il portait encore une induration d'un chancre récemment cicatrisé, et qu'il était affecté d'accidents secondaires précoces des mieux caractérisés. Vous savez tous, Messieurs, et parmi vous j'ai le bonheur et l'honneur de retrouver de mes anciens élèves qui ont été témoins oculaires des faits; vous savez tous les nombreuses inoculations comparatives que j'ai pratiquées sur le même malade et en même temps. Ainsi, tandis que nous inoculions du pus de chancre à une cuisse, nous faisions une piqûre simple à l'autre. Chez des individus porteurs à la fois de chancres et de blennorrhagie, tandis que le pus du chancre était inoculé d'un côté, le muco-pus de la blennorrhagie l'était de l'autre. Pour les malades affectés d'accidents constitutionnels seuls, ou coexistant avec des accidents primitifs, j'ai suivi le même procédé, et toujours j'ai obtenu le même résultat. Le pus du chancre à la période spécifique a pu *seul être inoculé.*

Si, comme l'ont prétendu quelques syphiliographes, toute piqûre devait devenir fatalement spécifique, si elle devait produire un accident vénérien sur des individus déjà infectés, au lieu d'avoir

constamment échoué dans nos inoculations d'accidents secondaires sur les malades eux-mêmes, nous aurions dû toujours réussir, ou au moins cela aurait pu nous arriver quelquefois, et nos adversaires surtout devraient avoir de nombreux exemples à nous citer; mais vous savez qu'il n'en est pas ainsi, et vous connaissez le nombre des faits que nous avons à combattre.

Arrivons donc à la question :

Wallace, M. Vidal et M. Cazenave ont inoculé des accidents secondaires. Pour donner aux expériences de ces savants toute la valeur nécessaire, on a cherché à établir, à reconnaître leur autorité scientifique. Sans Wallace, M. Vidal invoque le témoignage de M. Diday, autrefois notre disciple. M. Diday semble croire à ces expériences, et cela leur donne une grande valeur aux yeux de M. Vidal; mais M. Diday croit aussi qu'en inoculant du sang d'un syphilitique tertiaire à une personne non encore infectée, on peut la mettre à l'abri de la syphilis constitutionnelle!

Or M. Vidal croit-il alors M. Diday? Vous savez tous que non; M. Vidal vous a dit ce qu'il pensait de M. Diday et de sa doctrine dans les lettres qu'il a écrites. On s'est aussi appuyé sur l'autorité de M. Baumès, qui a dit qu'*il pensait* qu'on pourrait inoculer les accidents secondaires et qui n'a pas pu les inoculer, lui qui a tant fait d'expériences confirmatives des miennes.

Je n'insisterai pas davantage sur l'importance qu'on doit attacher aux autorités qu'on invoque dans une page, dans un alinéa, dans un mot qui est favorable aux idées qu'on veut soutenir et qu'on abandonne bien vite dans des chapitres entiers qui sont contraires.

Retournons à Wallace. Je ne veux pas faire de nouveau le commentaire de ces deux expériences, je l'ai déjà fait dans les lettres que je publie sur la syphilis. En dehors des inexactitudes, du défaut de description et d'appréciation de l'état antérieur des sujets inoculés, je ne veux que vous rappeler ce fait qui a dû frapper tous ceux qui ont fait des inoculations, c'est-à-dire le temps qui a distancé la cause des effets: chez un malade, le premier résultat local de l'inoculation a lieu au bout de vingt-huit jours; chez l'autre, après un mois! Avec ce que vous savez aujourd'hui sur l'inoculation de la variole et du vaccin, que répondriez-vous à celui qui, pour renverser vos doctrines, vous dirait que ce n'est qu'après vingt-huit jours ou un mois qu'on voit se développer la pustule

variolique ou la pustule vaccinale? Vous lui diriez poliment : Vous vous êtes trompé, ou on vous a trompé; et s'il persistait dans ses assertions, vous demanderiez, pour être convaincus, autre chose que deux faits encadrés comme ceux de Wallace.

Mais notre collègue M. Vidal a inoculé du pus d'un ecthyma sur le malade lui-même, puis du malade à un élève *sain* de l'hôpital du Midi, et il a réussi d'abord sur le malade, puis sur l'élève. Cette inoculation a été considérée par M. Vidal comme étant la preuve de la possibilité de l'inoculation des accidents secondaires, à cause de la forme de l'accident auquel il avait emprunté le pus inoculable, de son siége à la poitrine, et des autres conditions dans lesquelles se trouvait le malade évidemment affecté de syphilis constitutionnelle récente, suite d'un chancre induré cicatrisé depuis peu de temps. Mais le malade était entré à l'hôpital affecté en même temps des symptômes secondaires précoces et dans l'ordre de filiation et d'évolution régulières, et de l'*ecthyma intercallé*, dont la description donnée par M. Vidal lui-même ne constitue plus un symptôme de cette période. On n'a pas vu *naître* l'ecthyma, son mode de développement et son mécanisme de production, et on a conclu d'emblée qu'il était secondaire, par les seules raisons que j'ai tout à l'heure rappelées. Eh bien! par les règles que je vous ai indiquées en commençant, moi, je suis resté convaincu que l'ecthyma qui avait fourni le pus inoculable était lui-même un ecthyma primitif contracté par le malade postérieurement à son chancre induré, ainsi qu'on peut en voir tous les jours de nombreux exemples à l'hôpital du Midi. Le signe pathognomonique de cet ecthyma s'est trouvé justement dans le résultat positif de l'inoculation.

Le malade avait en même temps des symptômes secondaires bien caractérisés, bien incontestablement dépendants du chancre induré dont il était encore porteur; pourquoi n'a-t-on pas inoculé le produit de leur sécrétion? Non, c'est au seul accident qui dans ce cas particulier ne pouvait plus être rattaché à la période à laquelle la syphilis constitutionnelle était arrivée, c'est à l'accident insolite qu'on s'adresse; et alors qu'il témoigne encore de son étrangeté par les résultats qu'il donne, on conclut contradictoirement qu'il est identique à ceux qui sont absolument différents et qui existent en même temps sur le malade!

M. Vidal, dans son cas particulier et par la symptomatologie qu'il vient de nous donner ici, n'a pas établi d'abord le diagnostic différentiel entre l'ecthyma primitif et l'ecthyma secondaire; donc c'est d'autorité et sans signes pathognomoniques qu'il a décidé qu'il avait affaire à un ecthyma secondaire. On a cherché à trouver dans les résultats de l'inoculation des différences entre ce qu'avait produit l'inoculation de M. Vidal et ce qu'on peut produire tous les jours avec le pus du chancre. Eh bien! des différences, il n'y en a pas. Ici nous retrouvons l'identité complète la plus absolue: le malade lui-même a pu être inoculé, et l'inoculation a aussi réussi sur l'homme sain! C'est ce que fait le pus du chancre. Sur l'élève inoculé, qui a été immédiatement soumis à mon observation, l'inoculation a suivi la marche la plus régulière; rien n'a manqué: pustules, ulcérations régulières dont la base s'est indurée dans le temps voulu; engorgements indolents des ganglions axillaires; et, au *terme légal*, aucun traitement n'ayant été fait, les accidents secondaires, dans leur ordre de filiation rigoureuse, sont apparus. C'est un cas type. C'est l'inoculation telle que nous la pratiquons avec le pus *primitif*. Donc ce cas rentre dans la règle générale; il obéit, non pas aux lois que nous avons faites, mais à celles que la pathogénie syphilitique nous a imposées, dont nous avons cherché jusqu'ici à comprendre l'esprit et la lettre, lois auxquelles nous obéirons, que nous promulguerons jusqu'à ce qu'une révision plus sévère soit faite, et que d'autres lois votées à plus de *deux voix* soient venues les abroger.

M. Gibert, qu'on a cité avec raison, n'admet pas le début pustuleux du chancre, partant l'ecthyma primitif; mais M. Gibert admet la pustule d'inoculation, comme si la nature n'avait pas des instruments à son service cachés aussi acérés que nos lancettes et comme si elle n'était pas plus ingénieuse que l'art à s'en servir!

M. Cazenave à son tour, qui cependant a tant et si bien étudié les maladies de la peau, n'admet pas d'ecthyma primitif; vous savez tous ce qu'il a fait dans ses écrits pour tâcher de prouver que l'ecthyma était toujours un accident constitutionnel, et vous savez que, malgré tout son talent, il n'a pu atteindre son but, et que, grâce à ses descriptions sincères, vous parvenez à reconnaître le chancre, l'ecthyma primitif des lèvres et celui des doigts que lui seul méconnaît en les décrivant si bien.

Pour M. Cazenave donc, il n'est pas étonnant qu'il croie à l'inoculation possible des accidents secondaires quand il aura inoculé du pus d'ecthyma. Il n'y aurait par conséquent rien à lui répondre, ou à répondre à ceux qui invoquent son autorité. Mais n'imitons point ici M. Cazenave ; toute question honnête demande une réponse polie. Le cas de M. Cazenave n'a que deux côtés, et les deux côtés sont douteux. Lisez l'observation publiée dans le numéro de janvier de ses *Annales ;* c'est encore un cas de syphilis bien régulière, bien typée, à phases *méthodiques* bien décrites, bien reconnues, surtout bien *dénommées.* Un traitement spécifique est administré avec succès, et conduit à la guérison. La malade est alors prise de dérangements du côté des voies digestives, qui forcent à suspendre le traitement. Dix jours plus tard arrivent tout à coup, à la face interne d'*une cuisse*, de la rougeur, des *démangeaisons vives*, de la douleur et, le surlendemain, apparaît une pustule d'ecthyma qui, au bout de trois jours, a acquis le volume d'une noisette. Il y a là des douleurs *très vives*, on met des cataplasmes qui déchirent la pustule ; et le 15, on trouve une ulcération profonde intéressant toute l'épaisseur du derme, de trois centimètres environ de diamètre, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, ayant une aréole cuivrée, sans induration à sa base. Le 17, l'ulcère s'est agrandi, les bords semblent se renverser, le fond est détergé de la sécrétion grisâtre ; il est baigné par un liquide séro-purulent peu abondant.

C'est alors que M. Cazenave, frappé sans doute de la bizarrerie de ce nouvel accident, si singulièrement arrivé, si bien isolé dans son siége très remarquable, avec sa symptomatologie si peu en harmonie avec les descriptions que M. Cazenave donne autre part d'ecthymas constitutionnels, et qui au contraire ressemble si bien à certaines inoculations à marche aiguë dont nous avons donné des exemples dans l'iconographie ; c'est alors, dis-je, que M. Cazenave songe à l'inoculation. Une piqûre est faite à la face palmaire de chaque avant-bras.

L'ulcère de la cuisse continue à s'agrandir. Ses bords *se renversent*, son fond paraît plus élevé. Les piqûres des avant-bras sont accompagnées de *démangeaisons ;* elles produisent, dit-on, des pustules bien formées. Mais suivez la description. Il n'est point question de cette ulcération térébrante, si *caractéristique* dans les

inoculations artificielles. Il n'est pas même question d'ulcération ! On parle ensuite de cicatrices évidentes, comme celle qui arrive sur des surfaces réséquées sans doute, comme on en voit dans les fausses inoculations.

Au bout de sept jours, sans rien faire, tout est fini d'un côté, et au bout de dix c'est fini de l'autre; quelques jours plus tard, parce qu'on n'a pas fait tomber la croûte plus tôt; mais l'ulcère de la cuisse qui devait être de même nature, bien qu'ayant commencé plus tôt, a-t-il guéri aussi vite, quoique traité, tandis qu'on ne faisait rien aux piqûres des avant-bras? Non. Commencé le 10 août, il n'est guéri que beaucoup plus tard. Cinq semaines après, le 16 septembre, il n'était pas encore cicatrisé. Qu'a été cette ulcération de la cuisse qui ressemble tant à l'ecthyma primitif, qui, comme tous les accidents de sa nature, est si fallacieux dans ses modes de propagation ?

Je vous l'aurais peut-être dit d'une manière plus sûre si j'avais moi-même pratiqué l'inoculation; mais c'est M. Cazenave qui a opéré, et vous venez de voir ce qui lui est arrivé. C'est qu'il a pris de fausses pustules, telles que nous les avons tous décrites, demandez plutôt à MM. Puche et Cullerier, pour de vraies pustules. Je n'en fais pas un crime à M. Cazenave; en continuant ses expériences, il apprendra à les connaître.

Concluons donc que pour la syphilis comme pour le vaccin, comme pour la variole, il y a de fausses pustules, dont M. Cazenave vient de nous donner un fort bel exemple; qu'il y a aussi ecthyma et ecthyma : les uns primitifs, suite directe de la contagion ou de l'inoculation artificielle; les autres, conséquence de la syphilis constitutionnelle. Ils peuvent, les uns et les autres, siéger partout; être unique, ou nombreux; isolés, ou groupés; plus ou moins superficiels, ou profonds; simplement ulcérés, ou bien ulcérant progressifs; à base indurée ou non, à forme ronde, à bords taillés à pic et plus ou moins renversés, à fond grisâtre, plus ou moins adhérents, à sécrétion séro-sanieuse, séro-purulente, purulente; à aréole rouge, plus ou moins vive, plus ou moins sombre, plus ou moins cuivrée; à marche plus ou moins aiguë, à durée plus ou moins longue, et laissant enfin des cicatrices qui peuvent encore se ressembler.

Mais si ces deux ecthymas, différents au point de départ, peu-

vent plus tard se confondre pour des yeux inattentifs ou mal disposés, on peut parvenir à trouver les différences. Les principales sont, pour l'ecthyma primitif dans certains siéges : le retentissement possible sur les ganglions lymphatiques voisins, comme dans le cas de M. Boudeville, ce que ne fait jamais l'ecthyma constitutionnel, et enfin la possibilité de fournir du *pus inoculable*, qu'on aura encore à chercher dans l'ecthyma secondaire.

Du reste, Messieurs, une nouvelle voie est ouverte à l'expérimentation, qui n'engage la responsabilité de personne et qui ne peut laisser à personne de regrets.

S'il est vrai qu'on puisse inoculer des accidents syphilitiques primitifs de l'homme aux brutes, et qu'il fût vrai que les accidents secondaires fussent inoculables sur l'homme, on serait en droit d'espérer qu'on pourrait aussi inoculer les accidents secondaires aux animaux qui voudraient bien le permettre. Attendons.

M. Vidal. Ma réponse sera courte; car M. Ricord, pour ce qui me concerne, ayant répété (comme il l'avoue) les arguments produits dans la précédente séance par M. Cullerier, je ne pourrais que répéter ce que j'ai déjà répondu, et je ne dois pas faire subir cet ennui à la Société.

M. Ricord a insisté sur les dangers que j'avais fait courir à un homme sain en l'inoculant; il a blâmé cette conduite. Mais je trouve dans le livre de M. Ricord, page 490, une observation où il est dit que l'ecthyma a été inoculé sur l'homme malade et sur l'*homme sain*.

Voici textuellement le passage : « On inocule la même pus par deux piqûres sur le bras gauche d'un *individu sain*. » (*Traité des Maladies vénériennes*.)

M. Ricord répond qu'il ne savait pas que cette observation pût se trouver dans son livre, ou qu'il l'avait oublié. Selon lui, ce serait un de ses élèves qui aurait expérimenté. Il dit aussi qu'ayant d'abord inoculé sans succès le malade, il pouvait inoculer l'homme sain, puisqu'il savait que le résultat serait nul. M. Ricord a d'abord déclaré qu'il adoptait toutes les observations de son livre. L'inoculation a été faite dans son service. Il y a beaucoup de réponses à faire à cela. Je ne ferai qu'une réflexion ; la voici :

M. Ricord aurait donc fait volontairement une expérience qu'il savait d'avance inutile. Mais laissons de côté les questions de con-

duite, qui ici pourraient obscurcir les questions de science. On m'objecte M. Boudeville, qui a dit et qui imprimera que j'ai puisé dans une ulcération quand je l'ai inoculé. Eh bien! voici un passage même de l'observation de M. Boudeville qui détruit cette objection. « La *pustule* à laquelle fut prise le pus était surmontée d'une croûte grisâtre, écailleuse, d'une étendue de 8 à 9 millimètres et précédée d'un cercle inflammatoire *rouge-brunâtre;* sous cette croûte *séjournait* un pus blanc-grisâtre et très épais (1). »

Vous le voyez, Messieurs, d'après M. Boudeville, qu'on m'oppose ici à tort, le pus a été puisé dans une pustule et non dans une ulcération. J'ajoute que cette pustule était comme celle du reste du corps, qu'elle était née dans les mêmes circonstances; seulement, elle paraissait plus récente.

M. Ricord répond à M. Vidal qu'il aurait voulu avant toute tentative d'inoculation un diagnostic précis de l'ecthyma auquel on a puisé le pus. Il serait heureux de voir M. Vidal faire le diagnostic de l'ecthyma primitif de l'ecthyma ancien.

M. Vidal est arrivé au diagnostic par l'évolution même de la maladie. Le malade avait un chancre induré datant de six semaines; il avait une manifestation bien franche des accidents secondaires. Le corps du malade était couvert d'un certain nombre de pustules d'ecthyma n'étant point ulcérées et ayant à la base une teinte cuivrée caractéristique de l'accident secondaire. Or, à moins d'admettre que le corps de ce malade présentait un certain nombre de chancres résultat d'inoculations artificielles, on ne peut pas nier que nous avions réellement affaire à des ecthyma secondaires; d'ailleurs, les accidents présentés par M. Boudeville lui-même ne témoignent-ils pas en faveur de l'accident secondaire? D'abord, ce jeune homme a des pustules qui s'affaissent promptement, c'est-à-dire en vingt jours, et peu de jours après de nouvelles pustules apparaissent.

M. Ricord. Je trouve précisément dans l'évolution des accidents présentés par M. Boudeville la confirmation de mes idées. Chez ce jeune homme, les accidents ont marché absolument de la même manière que les accidents primitifs que l'on inocule. Puis, compa-

(1) M. Vidal montre l'original de l'observation de M. Boudeville. Nous savons qu'il le met à la disposition de ceux qui voudraient le consulter.

rant l'évolution des couches d'inoculation à ce qui s'est produit chez M. Boudeville, il conclut à l'identité des mêmes accidents, c'est-à-dire à l'inoculation d'accidents primitifs.

M. Huguier fait observer que le malade sur lequel il a été pris du pus d'ecthyma pour inoculer M. Boudeville était à la fois porteur d'accidents primitifs inoculables et d'accidents secondaires; or cela est en opposition avec les doctrines professées par M. Ricord.

M. Ricord. A cela, je réponds que les inoculations que s'est faites le malade avaient été abandonnées à elles-mêmes et qu'elles étaient restées stationnaires, comme cela résulte des expériences de M. Puche, qui les abandonne toutes; mais ce qui pour moi est convaincant, c'est que jamais ni M. Puche, ni M. Cullerier, ni moi n'avons pu inoculer aucun accident secondaire dûment constaté. Les accidents secondaires ne produisent jamais aucun engorgement ganglionaire par eux-mêmes, à moins qu'ils ne se joignent à quelques accidents concomitants, comme une ulcération, une plaie quelconque. Chez M. Boudeville, les accidents constitutionnels ont présenté en tout point la marche que suivent les accidents primitifs qu'on inocule. Pour toutes ces raisons, je crois chez M. Boudeville à l'inoculation non d'un accident secondaire, mais bien primitif.

M. Huguier n'admet pas l'opinion de M. Ricord relativement à l'absence d'engorgement ganglionaire consécutif à l'accident secondaire : il a constaté souvent que l'accident secondaire, dit plaque muqueuse de l'anus, des organes génitaux externes, était souvent accompagné d'engorgement ganglionaire qu'un examen attentif faisait découvrir.

M. Ricord a constaté souvent, comme M. Huguier, la présence d'engorgements ganglionaires inguinaux se liant à la présence de plaques muqueuses des organes génitaux externes ou de l'anus; mais ce qu'un examen attentif lui a toujours fait découvrir, c'est que quelques-unes de ces plaques tenaient à la transformation de quelques chancres, et que c'étaient ces derniers, et non la plaque muqueuse, qui avaient amené l'engorgement.

M. Forget, après avoir entendu l'exposé de principes fait par M. Ricord et sa réponse à M. Vidal, regrette qu'un fait reste inexpliqué, celui de l'origine d'un ecthyma virulent primitif sur un in-

dividu qui, au dire de l'observation, ne portait depuis plus de six semaines aucune manifestation syphilitique capable de fournir un pus inoculable. Il y a ici un inconnu qu'il serait important d'éclairer : entre les affirmations contraires de deux syphiliographes on ne peut plus autorisés en un pareil sujet, quelle conclusion pouvons-nous tirer, nous qui n'avons dans cette discussion d'autre intérêt que celui de la science et de la vérité? Il faut de toute nécessité qu'il y ait un malentendu entre les deux habiles opposants, ou que d'un côté ou d'autre il se soit glissé une erreur capable d'expliquer cette contradiction.

Au point où ce débat est arrivé, tout le monde a intérêt à voir la question résolue; chacun sent le besoin d'une conclusion. Or celle-ci, on ne l'aura que par la publication du fait en discussion : M. Vidal a l'observation rédigée par M. Boudeville, et il nous en a donné une lecture qui, à mon avis, n'a pas permis de bien l'apprécier; de son côté, M. Ricord en possède une autre rédaction; eh bien! que nos collègues veuillent livrer cette observation à la publicité; peut-être qu'en lisant les deux textes, en les rapprochant, en les comparant, on pourra dégager l'inconnu dont je parlais en commençant; c'est là, suivant moi, la manière la plus utile de terminer ce débat.

— La continuation de la discussion est remise à la prochaine séance.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 19 *février* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

M. Pravaz fait hommage à la Société :

1° De son *Essai sur l'emploi de l'air comprimé;*

2° De son *Traité théorique et pratique des luxations congénitales du fémur.*

La Société reçoit :

Un mémoire de M. Defer, de Metz, sur la valeur des injections

iodées dans la thérapeutique chirurgicale. (M. Bonnet, rapporteur.)

Un mémoire sur les pansements inamovibles ; par M. Burggraeve, de Gand. (M. Larrey, rapporteur.)

M. Le Roy-d'Etiolles fils adresse sa thèse ayant pour titre : *De la paraplégie produite par les désordres des organes génito-urinaires.* (M. Demarquay, rapporteur.)

**Suite de la discussion sur l'inoculation des accidents dits secondaires.**

M. Huguier, en prenant la parole, proteste contre toute mauvaise interprétation que l'on pourrait donner à ce qu'il va dire.

Et tout d'abord M. Huguier, revenant sur les plaques muqueuses, admet qu'elles peuvent produire l'engorgement consécutif des ganglions ; puis, passant au fait de M. Vidal, il l'analyse de la manière suivante : il eût voulu savoir par qui l'observation a été prise ; il signale dans l'observation des lacunes graves. Ainsi, il n'est pas fait mention de la constitution, du tempérament du malade porteur de l'ecthyma. On sait que des individus scrofuleux peuvent porter de ces ecthyma semblables aux ecthyma syphilitiques. On aurait dû également signaler les maladies cutanées antécédentes, on ne dit pas combien de jours après son entrée à l'hôpital l'observation est prise ; et, chose plus importante encore, on ne dit pas depuis combien de temps les chancres étaient cicatrisés ; il était également important de savoir si les accidents secondaires se sont développés sous les yeux de M. Vidal. Le malade, pendant le temps qu'il a été chez M. Vidal, n'a-t-il pas eu de permission de sortir ? on sait que souvent des malades contractent de la sorte de nouveaux accidents.

M. Vidal dit, dans son observation, que du pus a été pris le jour même de l'entrée du malade pour pratiquer l'inoculation sur le malade lui-même. Mais il fallait attendre, observer la marche des pustules auxquelles on devait puiser. Trois jours après on inocule M. Boudeville ; puis le malade sort de l'hôpital, et on ne dit pas dans quel état étaient les pustules.

M. Huguier aurait voulu plus de détails dans l'étude des phénomènes qui se sont produits chez M. Boudeville. Ensuite, est-il bien vrai que M. Boudeville n'ait jamais eu d'accidents syphilitiques ? sait-on s'il ne s'est pas exposé à contracter la vérole depuis le

moment où l'inoculation a été pratiquée jusqu'au moment où les phénomènes dits secondaires ont apparu ? Toutes ces raisons n'infirment pas, il est vrai, le fait de M. Vidal, elles laissent un certain doute dans l'esprit. Néanmoins, le fait capital reste; M. Vidal a donné la vérole à M. Boudeville, et cela en puisant à des accidents qui ne sont plus à la période d'inoculation. Il est vrai que MM. Culerier et Ricord supposent que les pustules auxquelles le pus a été pris étaient des pustules d'inoculation que le malade se serait faites en grattant; mais ce n'est là qu'une supposition; et le fait de M. Boudeville, s'il n'est pas concluant, péremptoire, est au moins probant, et il doit nous faire supposer la possibilité de l'inoculation des symptômes secondaires.

M. Ricord m'a fait dire qu'un malade affecté de syphilis est une espèce d'outre dont la moindre piqûre fait apparaître des phénomènes de syphilis; telle n'est pas ma pensée. Ce que j'ai voulu dire est ceci : il peut arriver qu'un malade affecté de syphilis sans manifestation extérieure voie apparaître ces manifestations à propos de blessures, comme cela est arrivé à un malade que j'avais opéré d'une hernie étranglée, et dont la plaie prit la forme d'un ulcère syphilitique qui céda à un traitement convenable. Il peut encore arriver qu'un malade sous le coup de syphilis voie des accidents apparaître à propos d'un coup de fouet donné à l'organisme. Ainsi, j'ai vu, sur une jeune fille, des phénomènes syphilitiques apparaître du côté de l'iris et de la peau, après s'être exposée à un courant d'air qui développa une ophthalmie.

M. Ricord. Pour reprendre la discussion, parlons d'abord de M. Boudeville, que M. Vidal et moi nous devons défendre ici.

M. Huguier se demande si M. Boudeville n'avait pas déjà eu, antérieurement à l'expérimentation, des conditions de syphilis qu'il aurait cachées ? Indépendamment de la confiance qu'on peut avoir dans un homme qui se dévoue comme l'a fait M. Boudeville, les lois de la syphilis constitutionnelle sont là pour prouver que c'était sa première et sa seule infection.

M. Boudeville a, dit-on, donné deux observations différentes; cela est vrai, et cela devait être. M. Huguier demande par qui a été recueillie l'observation sur laquelle M. Vidal s'appuie, et M. Vidal reconnaît cette première observation comme étant de lui.

Cette première observation, très incomplète, comme le fait

observer M. Huguier, est signée par M. Boudeville, a été en quelque sorte écrite sous la dictée ou sous l'inspiration immédiate de M. Vidal. C'est le *diagnostic* de M. Vidal *au moment de l'expérimentation* que M. Boudeville a transcrit, en faisant observer, toutefois, qu'il laissait « à qui de droit la suite de l'histoire du malade. » Il ne pouvait pas en être autrement. Il était impossible, en effet, qu'on laissât à M. Boudeville, élève en pharmacie très inexpérimenté alors, le soin de la description exacte de la maladie qu'il ne connaissait pas encore, et la responsabilité d'un diagnostic dans une circonstance aussi grave.

Mais lorsque M. Boudeville est venu réclamer mes soins, l'historique de ses antécédents me paraissant incomplet, j'ai dû lui demander la fin de l'observation du malade, une description plus précise des pustules auxquelles on avait emprunté le pus qui avait servi à l'inoculer, la marche de ces pustules et leur terminaison ; ce qu'on n'avait pas fait jusque-là. Or M. Boudeville, instruit plus tard à l'école de l'expérience personnelle et de l'expérimentation, put juger comparativement, d'après les malades vus dans mon service et les nombreuses inoculations faites immédiatement sous ses yeux avec le *pus de toutes les variétés de l'ecthyma secondaire*, pas si rare que quelques personnes le pensent, et après avoir suivi dans le même moment les recherches semblables répétées par M. Puch, a donné sa seconde observation, la seule dont il puisse réellement assumer la responsabilité. Mais là n'est pas la question; et peu m'importe laquelle des deux observations on veuille conserver, que ce soit la première insuffisante, ou la seconde plus complète. Si je n'ai pas vu l'accident auquel on a emprunté le pus inoculable, l'ecthyma ulcéreux ou ulcérant, j'ai vu le sujet inoculé. Or, chez M. Boudeville, l'inoculation, comme je vous l'ai dit dans ma précédente argumentation, a présenté la plus grande régularité; c'est un cas type d'inoculation d'accident primitif : pustule caractéristique, ulcération classique, chancre huntérien complet.

Je vous ai dit que M. Boudeville avait été soumis de bonne heure à mon observation, que j'avais pu suivre la marche de tous ses accidents, et que j'avais constaté chez lui l'ordre de filiation le plus parfait dans l'évolution syphilitique. Et d'abord, après l'induration de la base du chancre d'inoculation aux avant-bras, j'ai trouvé l'engorgement symptomatique et caractéristique des ganglions axil-

laires ; engorgement si important dans ce cas particulier, et que j'ai fait constater par M. Boudeville lui-même, par tous ses collègues de l'hôpital, et que M. Vidal avait négligé de chercher. J'ai insisté sur la présence de l'engorgement des ganglions axillaires qui a régulièrement lieu à la suite des accidents primitifs, parce que M. Vidal a cru, non-seulement avoir inoculé du pus provenant d'un accident secondaire, mais il a aussi pensé qu'il avait donné naissance, par son inoculation, à un accident secondaire d'emblée : l'ecthyma secondaire reproduisant l'ecthyma secondaire ! Après cela, Messieurs, vous vous rappelez que les accidents constitutionnels sont arrivés chez M. Boudeville dans un temps voulu, comme après tout accident primitif qui infecte, comme cela arrive après le chancre induré. Donc, d'après tout ce que nous savons des lois de l'inoculation jusqu'à nos jours, les inoculations de M. Boudeville se sont conduites comme si elles avaient été faites avec du pus de chancre à la période de progrès spécifique ; d'où je me crois encore le droit de conclure que le malade auquel on avait emprunté le pus devait être porteur d'accidents primitifs inoculables.

Mais on me demande d'où pouvait venir à ce malade les accidents qu'il avait déjà à son entrée à l'hôpital. D'où? Je ne suis pas forcé de le dire pour prouver qu'ils n'étaient pas de la même nature que les autres accidents dont il était en même temps affecté ; car nous ne savons pas toujours, dans les cas les plus vulgaires, comment la maladie a été communiquée. Cependant, je pourrais bien vous indiquer, comme nous l'avons déjà fait, M. Cullerier et moi, des sources que vous ne pourriez pas absolument contester. Les pustules ecthymateuses suspectes sont-elles apparues avant ou après la cicatrisation du chancre? Qu'étaient la rhagade de l'anus et la suppuration de cette région ? Vous n'en dites rien, vous ne le savez pas. Mais était-il même besoin que ce malade se fût inoculé d'autres accidents avec le pus de ceux qu'il avait déjà ? Non, sans doute, et tout autre contact avait pu donner lieu aux accidents nouveaux.

Vous dites que nous sommes obligés de recourir à des suppositions, à des conditions exceptionnelles pour combattre votre assertion ! Mais ne supposez-vous pas vous-mêmes que vous avez affaire à des accidents secondaires, par des raisons bien moins valables? et votre cas n'est-il pas pour vous aussi une exception, puisque

vous convenez que tous les ecthyma ne s'inoculent pas ? Vous ne pouvez donc pas exiger que les cas exceptionnels soient expliqués en tous points comme les cas ordinaires.

Je demande, en effet, à M. Vidal si tous les ecthyma s'inoculent ; il me répond non, mais qu'ils peuvent être inoculés dans des circonstances particulières. Je demande alors quelles sont ces circonstances, et on ne peut les indiquer autrement que par l'inoculation ! C'est donc l'inoculation qui fait la seule différence de ces ecthyma ? Eh bien ! moi je dis : Tous les chancres s'inoculent ; c'est, jusqu'à présent, le seul accident que les *inoculateurs* ont trouvé inoculable, et le chancre peut être ecthymateux, ou l'ecthyma chancreux ! Or le seul accident que vous avez pu inoculer parmi les accidents réputés secondaires, c'est précisément l'ecthyma, le seul aussi qu'on puisse réellement confondre avec le chancre et que vous venez tout récemment de confondre encore, puisque vous avez considéré les pustules d'inoculation de M. Boudeville comme étant également des ecthyma secondaires ; et vous voulez, quand j'ai pu vérifier ce dernier diagnostic, que j'accepte le premier ! Cela n'est pas possible. Jusqu'à ce qu'on ait déterminé d'une manière rigoureuse et incontestable les conditions de l'ecthyma secondaire qui doit s'inoculer, l'inoculation restera pour moi le signe différentiel, pathognomonique de l'accident primitif. Il est entendu qu'il ne faudra pas s'en laisser imposer par de fausses pustules, que M. Vidal est obligé d'admettre, comme Hunter, comme tout le monde. Quant aux autres inoculations pratiquées par M. Vidal, je suis étonné, vu leur nombre, qu'il ne les ait pas mieux précisées, lorsqu'elles auraient pu servir à éclairer un point de doctrine auquel il attache avec raison tant d'importance !

Mais je dois répondre à M. Huguier sur la question du bubon, que je considère comme étant toujours une émanation directe de l'accident primitif. Non, nous ne pouvons plus aujourd'hui rester dans le cercle tracé par M. Lagnaux d'après les anciens errements, et nous devons maintenant distinguer le bubon symptomatique, souvent unique, qui suit le chancre non induré et qui suppure spécifiquement, de l'adénopathie multiple, indolente et non suppurative, compagne obligée et caractéristique du chancre induré ; il y a entre ces deux formes toute la distance qui sépare l'accident qui reste local de celui qui infecte l'économie. On ne peut plus

confondre, en 1851, ces adénopathies directes liées anatomiquement à l'accident primitif, avec l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs que détermine la syphilis constitutionnelle.

M. Huguier prétend avoir trouvé le développement des ganglions inguinaux à la suite de papules, de pustules, de plaques muqueuses des régions ano-génitales. Eh bien! lorsque M. Huguier a rencontré ces ganglions engorgés, c'est qu'à coup sûr un chancre avait précédé. La preuve, c'est que si un chancre se montre aux organes génitaux et que, comme accidents secondaires, il donne lieu à des plaques muqueuses des lèvres, de la langue, de la cavité buccale, tandis que l'engorgement ganglionaire a lieu dans les régions inguinales, on ne voit pas de développement des ganglions sous-maxillaires ; que si, au contraire, l'accident primitif (le chancre) débute du côté de la bouche, chose assez commune, et que consécutivement des papules muqueuses se montrent à l'anus ou aux organes génitaux, ce seront les ganglions sous-maxillaires qui seront engorgés, et on ne trouvera rien dans les régions inguino-crurales. Mais notre collègue M. Huguier croit aux papules muqueuses primitives ; il m'accuse même d'avoir douté de leur nature dans l'ouvrage que j'ai publié en 1838. Non, pas plus en 1838 qu'en 1851 je n'ai cru aux papules muqueuses primitives. Mais alors, au début de mes recherches, je n'avais pas encore aperçu une des origines possibles de cet accident; le mystère de sa production, sujet de tant de controverses, ne m'était pas connu. Symptôme bizarre, réputé primitif ou secondaire, selon le bon plaisir des observateurs, il ne me paraissait pas devoir être l'un ou l'autre par l'effet d'un caprice, du hasard ; il devait y avoir une loi : il fallait la chercher. Ce papillon insaisissable, passez-moi la métaphore, devait avoir une chenille, et cette chenille, je l'ai trouvée dans le chancre induré se métamorphosant en papules muqueuses, passant *in situ* de l'état d'accident primitif inoculable à l'état d'accident secondaire qui ne l'est plus, tout en conservant encore pendant le cours de cette seconde période quelques-uns des attributs de la première, et, entre autres, les pléiades ganglionaires qui ont pu tromper M. Huguier.

M. Vidal, qui avait cédé plusieurs fois son tour de parole, déclare d'abord qu'il ne prononcera pas de discours, parce qu'il ne sait pas les faire. Il n'a pas eu la prétention de convaincre M. Ri-

cord; ce serait un triomphe, dit M. Vidal, et je ne pouvais viser à un pareil résultat. J'ai dit en commençant mon travail qu'il est des convictions que rien ne pouvait ébranler. Je devais donc m'adresser à d'autres esprits, et j'ai procédé par les faits. Une de mes observations a surtout été discutée; elle n'a pas complétement satisfait M. Huguier. Je ne donne pas mon observation comme un modèle, comme une observation tout à fait classique. Mais elle est suffisante pour prouver que le malade auquel j'ai emprunté le pus d'inoculation n'avait que des accidents consécutifs; c'étaient des pustules nombreuses, et celles de la poitrine, auxquelles j'ai puisé, étaient semblables aux pustules répandues sur le reste du corps.

J'ai donc tracé un tableau qui montre la vérité et auquel il manque peut-être quelques accessoires qu'un artiste plus habile eût mieux exécutés, mais sans plus de profit pour la science. Pourquoi M. Huguier demande-t-il le nom de celui qui a recueilli l'observation, puisqu'il est écrit en toutes lettres? Quant au tempérament du malade, je l'ai indiqué. Pour les maladies antécédentes, j'ai dit que le sujet n'avait jamais été malade. Le chancre induré était complétement cicatrisé. Le malade n'était jamais sorti en permission : on ne peut donc pas supposer qu'il soit allé gagner un chancre en ville.

M. Ricord base toute son argumentation sur la loi qui veut que l'*accident primitif* seul soit inoculable. Selon lui, l'ecthyma peut être primitif et secondaire, et rien dans la symptomatologie ne peut établir la différence de ces deux pustules. Il n'y a que l'inoculation, et son résultat est le *seul signe pathognomonique*. De sorte qu'ici, comme je l'ai déjà dit, M. Ricord me répond par la question. En effet, la question qui est aujourd'hui posée, agitée est précisément celle de savoir s'il est réellement vrai que l'accident primitif soit le seul inoculable. Cette question devait nécessairement naître des faits qui prouvent que les accidents consécutifs peuvent être transmis par le coït ou par d'autres rapports intimes. Or cette transmissibilité a été constatée par de bons observateurs, et j'y crois, car je l'ai constatée. Pour moi, ce sont les antécédents du malade, surtout son chancre induré complétement cicatrisé; ce sont les symptômes d'infection générale qu'il a offerts; ce sont les caractères des pustules avec leur *auréole rouge-brun cuivreux;* c'est la ressemblance des pustules qui ont fourni le pus d'inoculation avec celles qui

étaient répandues sur le reste du corps ; c'est, enfin, la réunion des symptômes offerts par le malade qui m'a conduit à établir que j'avais inoculé un accident secondaire. La clinique a précédé l'expérimentation et celle-ci est venue confirmer la clinique.

M. Ricord a observé M. Boudeville après son inoculation et n'a pas observé le malade. Il accepte mon observation, et ne s'occupe que d'interpréter les faits qu'il a constatés sur l'élève en pharmacie. En cela, il suit une marche logique et loyale. Mais on verra que le point de vue est toujours le même et que c'est toujours de par la loi de l'inoculabilité seule des accidents primitifs que M. Ricord se prononce contre moi, et qu'il est obligé de dire que je n'ai pas inoculé un accident consécutif. Mais, encore un coup, cette loi est une question et c'est précisément celle que je pose.

Remarquez que je traite *seulement* de l'inoculabilité de l'ecthyma dans mon travail. Je limite donc la question. Je ne puis donc accepter comme faits négatifs ceux qui résultent des inoculations des autres accidents consécutifs. Or l'ecthyma est assez rare, et je crois que, relativement aux autres accidents, il a été peu inoculé. Pour moi, j'ai rencontré une série telle qu'il m'a été possible de réussir onze piqûres sur douze.

En effet, sur le malade, sur le sujet de ma première observation, il a été pratiqué quatre piqûres aux cuisses, et elles ont donné lieu à quatre pustules. Sur le malade qui a fourni le pus pour inoculer l'élève en pharmacie, il en a été de même. Sur un autre malade, deux piqûres n'ont fourni qu'une pustule. Mais, quoique ce fait soit concluant pour moi, je l'ai élagué, parce qu'il y avait avec l'ecthyma un chancre à la verge qui n'était pas cicatrisé. Enfin viennent les deux piqûres faites aux avant-bras de M. Boudeville ; elles ont eu pour résultat deux pustules, que je considère toujours comme provenant d'un pus puisé à un accident secondaire.

Puisqu'il est encore question de M. Boudeville, je dois déclarer qu'il n'avait eu aucune maladie vénérienne quand il a été inoculé, et ici je me joins à M. Ricord, et je répète d'ailleurs ce que j'ai déjà dit : « Quand un homme a fait preuve d'un tel dévouement, il doit être cru sur parole. »

Pour terminer, je dois vous prouver que Hunter, en dehors de sa doctrine, est peut-être moins opposé à ma thèse qu'on ne pense.

Ainsi, vous lirez dans son livre le fait suivant, qui me paraît très remarquable et de nature à faire réfléchir :

« Pour constater si les ulcères secondaires de cette femme étaient » contagieux, c'est-à-dire si le pus provenant de ces ulcères pou- » vait produire les effets spécifiques du pus vénérien, je lui inocu- » lai du pus recueilli sur un de ses propres ulcères et du pus pro- » venant d'un bubon développé chez un autre malade qui n'avait » point encore fait usage de mercure. Cette expérience fut faite le » 18 septembre 1782.

» Le 19, la piqûre dans laquelle on avait inoculé du pus prove- » nant de la malade elle-même était devenue douloureuse trois » heures après l'inoculation et elle s'enflamma un peu le jour sui- » vant. L'autre ne s'était pas enflammée du tout.

» Le 20 septembre, les deux piqûres avaient suppuré et offraient » l'aspect extérieur d'une pustule variolique ; elles s'étendirent con- » sidérablement et s'accompagnèrent d'une vive inflammation. »

Mais pour Hunter, comme les pustules n'ont pas guéri par le même moyen et qu'elles ne se sont pas terminées à la même époque, l'accident consécutif n'a pas été inoculé avec succès! comme si la thérapeutique, comme si la durée d'une maladie étaient toujours des éléments certains de diagnostic! C'est que Hunter était enclavé dans sa loi; c'est qu'il avait une conviction inébranlable absolument comme M. Ricord, car je crois que mon collègue est de la famille des Hunter.

— M. Pravaz, de Lyon, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, lit un mémoire sur l'emploi de l'air comprimé comme moyen de corriger les déviations de la poitrine tenant à la pleurésie. Des plâtres représentant des difformités corrigées sont mis sous les yeux de la Société à l'appui des idées émises dans le travail de M. Pravaz.

Une commission, composée de MM. Debout, Demarquay et Lenoir, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 26 février* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

La Société reçoit :

1° Un compte-rendu de la Société médicale du 1er arrondissement ;

2° M. Gosselin fait remettre à chacun des membres une feuille de son mémoire sur la rupture du poumon, où se trouve corrigée l'erreur relative à M. Lafargue, de Bordeaux ;

3° Une lettre de M. Auzias-Turenne dont voici le contenu :

Monsieur le Président,

J'ai lu dans le compte-rendu de la séance du 12 février de la Société de Chirurgie les phrases suivantes de M. Ricord :

« Une première contagion, autrement dit, une première inocu-
» lation, n'en empêche pas une seconde, une troisième, une qua-
» trième, et ainsi de suite, quel que soit l'intervalle de temps qui
» la sépare, sans autres limites que celles qui échappent à l'appli-
» cation directe du pus virulent, dans les conditions voulues. Le
» *syphilisme*, la *syphilisation*, l'infection constitutionnelle, la dia-
» thèse syphilitique enfin, n'empêchent pas de nouvelles contagions
» ou de nouvelles inoculations. »

Puisque M. Ricord se porte au-devant de la discussion, en jetant loyalement le gant à tout contradicteur, je vous demande la permission de ne pas laisser cette provocation sans réplique. Je défie donc M. Ricord de produire l'observation d'une personne ayant eu, en l'absence d'un traitement, une série de chancres dont l'activité n'ait pas été plus ou moins régulièrement croissante.

On ne peut raisonnablement infirmer la loi de *syphilisation* que par l'observation ou par des expériences, en place desquelles je ne trouve qu'une affirmation dans la bouche de M. Ricord. Or, « une
» affirmation, » dit Bacon, « doit s'appuyer sur un phénomène ou
» dériver d'une loi générale. » Où est le phénomène, c'est-à-dire

un fait? Où est la loi dont M. Ricord s'est constitué un dogme? J'attends; car, jusqu'ici, je n'ai vu qu'une assertion sans preuve.

J'ai l'honneur, etc. AUZIAS-TURENNE.

26 février.

—M. Richard (Adolphe) lit une note sur l'hydrocèle du cou; une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay et Libert, est chargée de faire un rapport.

**Présentation.**

M. LENOIR présente une jeune fille de 26 ans, d'une bonne constitution, ayant fait il y a un an une chute dans un escalier. La partie postérieure de la tête vint frapper contre une marche, et depuis ce temps la malade éprouva constamment de la céphalalgie d'abord générale, puis bornée seulement au côté gauche du crâne; il y a six mois, l'œil gauche devint plus saillant, et cependant la malade ne ressentait aucune douleur; actuellement l'œil est tout à fait chassé hors de l'orbite et sur toute la partie supérieure apparaît une tumeur fusant en dehors dans la fosse temporale. Cette tumeur est molle, semi-fluctuante, irréductible, donnant lieu à des sensations de pulsations artérielles. La compression exercée sur la carotide fait cesser les battements, et la tumeur s'affaisse manifestement. L'œil, quoique chassé au dehors, n'a perdu aucune de ses fonctions, la malade voit mieux du côté malade que du côté sain. M. Lenoir se propose de lier la carotide primitive du côté malade. D'ailleurs nous aurons à revenir sur ce fait.

—M. MAISONNEUVE rappelle à la Société que déjà il a attiré son attention sur une double ablation du maxillaire supérieur. Cette malade qui avait été soumise à des émanations phosphorées a parfaitement guérie.

Une jeune femme, d'une bonne constitution et d'une bonne santé apparente, avait été opérée en province sans succès d'une tumeur comme polypeuse développée dans les fosses nasales. L'année dernière à l'Hôtel-Dieu, M. Cusco pratiqua l'ablation d'une portion du maxillaire gauche. Mais le mal revint et de plus envahit le côté droit. M. Maisonneuve, voyant la marche envahissante du mal et comptant sur la preuve d'une altération non cancéreuse, proposa à la malade de la débarrasser par une double ablation des maxillaires.

Voici comment il procéda à l'opération. Une incision faite sur la ligne médiane divisa la peau du nez et la lèvre supérieure, une autre incision perpendiculaire à celle-là venait tomber sur la partie interne du grand angle de l'œil, deux lambeaux furent détachés et renversés sur la tempe, de telle façon que toute la face était à découvert. Avec une scie à chaîne on scia les apophyses montantes du maxillaire, après avoir détruit l'os unguis. On scia les maxillaires, qui furent détachés des palatins, et ces os furent enlevés; les deux lambeaux de peau ramenés sur la ligne médiane furent réunis par des points de suture. Depuis cette opération aucun accident grave n'est survenu. La malade est bien et tout fait espérer une guérison. Dans la première opération de double ablation, M. Maisonneuve avait été obligé de refaire une paupière inférieure, cette circonstance amena une suppuration abondante, l'œil en contact duquel s'était trouvée cette paupière se perdit. Dans le cas actuel, aucun accident de ce genre n'est survenu.

M. Guersant approuve les remarques présentées par M. Maisonneuve sur l'innocuité en quelque sorte des opérations graves pratiquées sur la face. Il a vu souvent chez les enfants des opérations de ce genre n'entraîner aucun accident. Dernièrement, ayant enlevé une tumeur fibro-plastique développée dans le sinus maxillaire et les fosses nasales, il fut forcé de procéder à cette opération en incisant la ligne médiane et en détruisant la paroi du sinus maxillaire après l'avoir dénudée des portions molles. Le polype fût enlevé avec facilité, et aucun accident ne vint arrêter la guérison du malade.

M. Gosselin a vu le malade opéré par M. Cusco, et enfin par M. Maisonneuve. Lorsque le malade arriva à Paris, le côté gauche de la face était surtout pris; il fut d'avis, à cette époque, de faire l'opération. Il crut à une tumeur périostale fibro-plastique; et, si ses souvenirs sont exacts, le microscope s'était prononcé dans ce sens. Cependant il y avait déjà du côté droit un point qui dut faire croire que le mal n'était point seulement à gauche.

M. Forget ne croit pas que l'on puisse élever le moindre doute sur l'origine de ces tumeurs fibreuses occupant les cavités de la face. Pour lui, ayant eu récemment occasion d'étudier cette origine sur un malade opéré par M. Huguier d'une tumeur siégeant dans les fosses nasales, il est évident qu'elle a pour point de départ le pé-

riosts et non le tissu osseux lui-même. Plusieurs des membres de la Société se rappellent le malade auquel je fais allusion, dit M. Forget. Ils se rappellent sans doute l'aspect monstrueux de sa face, dont les os avaient été écartés de la ligne médiane, comme si un coin volumineux y avait été enfoncé. L'examen cadavérique permit de bien constater l'intégrité des divers os en contact avec la production morbide qui les avait amincis, refoulés et usés en quelques endroits. C'est ainsi qu'on ne retrouvait plus que quelques lamelles des cornets, du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Je n'entrerai pas dans tous les détails de ce fait intéressant, que j'ai décrit et discuté dans une des revues cliniques que je publie dans l'*Union Médicale*. Je me bornerai à dire que, d'accord avec plusieurs autres observations que j'ai puisées dans différents auteurs, il prouve que ces productions fibreuses, ou fibroplastiques, se bornent rarement aux cavités où on va les attaquer, et que de celles-ci elles se prolongent souvent jusqu'à la base du crâne, et même dans l'intérieur de ce dernier. Ainsi, sur le malade dont je parle, la portion gauche de la lame criblée de l'ethmoïde et les parties contiguës du sphénoïde et du coronal étaient perforées ; la dure-mère, seule en regard de la perforation, qui avait la largeur d'une pièce de deux francs, protégeait la substance cérébrale, et était en rapport direct avec un prolongement arrondi de la tumeur fibreuse. Il existait dans la fosse zygomato-maxillaire droite un appendice fibreux du volume d'un petit œuf adhérant intimement aux os. Cet appendice envoyait un embranchement jusqu'à l'apophyse basilaire et à la face inférieure de la grande aile du sphénoïde; les cavités sphénoïdales étaient remplies par le tissu morbide qui, en les dilatant, avait fini par soulever la selle turcique, dont l'excavation n'existait plus.

Il résultait de cette disposition que le kiasma des nerfs optiques était soulevé et comprimé entre la tumeur et la face inférieure du cerveau. Enfin, il existait encore dans la fosse latérale et moyenne droite du crâne une tumeur arrondie, mamelonnée, grosse comme une petite orange, et correspondant à une perforation de la grande aile du sphénoïde et de la portion écailleuse du temporal; cette tumeur offrait les connexions les plus intimes avec le périoste interne.

En rappelant ces faits d'anatomie pathologique, je me suis pro-

posé, continue M. Forget, d'en déduire une indication pour la médecine opératoire dans le cas où le chirurgien jugerait à propos d'attaquer de semblables tumeurs, connaissant leurs connexions et rapports probables avec les os du crâne; il devra éviter tout tiraillement capable d'agir sur ceux-ci et d'y produire des fractures dont l'issue ne tarderait pas à être funeste : on peut donc généraliser pour cette sorte de tumeurs siégeant dans la cavité de la face la méthode d'excision; comme adjuvant, on pourra aussi recourir à la cautérisation et à la ligature. Mais on doit proscrire d'une manière absolue toute tentative d'arrachement.

M. Lebert dit qu'il examinera la pièce de l'opération de M. Maisonneuve. Si ses souvenirs ne le trompent pas, le maxillaire supérieur enlevé, il y a six mois, par M. Cusco n'était pas cancéreux; il y avait là une affection du périoste, qui était transformé en une altération fibro-plastique avec production osseuse accidentelle abondante ressemblant aux ostéophytes. (Note ajoutée quelques jours plus tard : L'examen ultérieur du maxillaire enlevé par M. Maisonneuve démontre une structure semblable, une affection essentielle de l'os avec production exubérante de tissu osseux accidentel sous forme d'aiguilles et de stalactites, et formation de tissu fibreux et fibro-plastique dans l'intervalle des projections ossiformes anormales.)

La tumeur présentée par M. Guersant était également une transformation charnue et fibro-plastique du périoste d'une portion du maxillaire.

En général, les affections du périoste et surtout les produits accidentels dont cette membrane peut devenir le siége et le point de départ doivent être soumis à de nouvelles études. Trop souvent confondues avec le cancer, ailleurs fréquent dans les os et le périoste, ces tumeurs montrent en réalité des altérations très variées, et dont la détermination exacte et rigoureuse ne manquera pas d'influer d'une manière heureuse sur la pratique et sur l'étendue surtout que l'on pourra donner à un certain nombre d'opérations à faire sur les divers points du système osseux.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 5 *mars* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

**Correspondance.**

La Société reçoit une lettre de M. Musset, interne de M. Ricord, en réponse à la lettre de M. Auzias-Turenne.

Monsieur le président,

Dans une lettre que M. Auzias-Turenne vous a adressée, relativement aux principes professés par M. Ricord, il me semble qu'il oublie un peu de s'appliquer à lui-même les principes de Bacon. Les doctrines soutenues par M. Ricord sont basées sur l'observation, sur l'expérience, sur l'expérimentation, ainsi que nous pouvons tous les jours nous en convaincre dans son service. Que ceux qui ne veulent pas croire viennent y voir!

Non-seulement les accidents primitifs qui se succèdent ne vont pas régulièrement en diminuant d'intensité, comme loi, mais on observe, au contraire, un grand nombre de circonstances dans lesquelles les derniers venus sont les plus intenses. Une preuve répétée, renouvelée des centaines de fois par M. Ricord est celle-ci; à savoir, que les inoculations artificielles ne se guérissent qu'après et longtemps après l'accident primitif, si on les laisse marcher; que dans les inoculations successives faites autrefois par M. Ricord et en grand nombre, les dernières inoculations avaient autant de durée que les premières. Si M. Auzias-Turenne a trouvé autre chose ailleurs que sur des singes, il lui reste à le démontrer par l'expérience, et surtout par l'expérimentation sur l'homme.

D'après son assertion, la syphilisation devrait conduire à l'immunité. Or, nous portons à M. Auzias-Turenne le défi de présenter à la Société de Chirurgie un sujet assez syphilisé pour résister à la piqûre de la lancette de M. Ricord. Jusqu'à ce que M. Auzias ait montré un malade réfractaire à l'inoculation, nous lui dirons : où donc est le phénomène, la loi que vous proposez, dont vous vous êtes constitué un dogme? Nous attendons; car jusqu'ici nous ne voyons qu'une assertion sans preuve.

— M. Chassaignac présente les organes génito-urinaires d'un vieillard mort dans son service de la petite vérole. Sur ce sujet, la prostate présente la disposition suivante : les deux lobes latéraux se sont développés à ce point que la partie antérieure de la prostate présente un volume considérable; on pourrait la confondre avec la partie de cet organe qui est en rapport avec le rectum. Sur les lobes latéraux hypertrophiés, on voit des éminences polypeuses qui gênaient l'émission des urines et l'introduction de la sonde. L'une de ces éminences, sous forme de luette vésicale, siége à l'extrémité antérieure de la portion prostatique; il en est une autre qui siége à l'orifice postérieur de cette portion, de manière que la cavité prostatique forme un large ventricule, qui était susceptible de s'obturer momentanément à ses deux extrémités.

— M. Cullerier présente un enfant dont la jambe droite au moment de la naissance était couverte d'une plaque rouge semblable à un nævus; bientôt la gangrène s'est emparée de cette plaque, et maintenant que l'enfant est âgé de quelques mois cette large plaque, s'étendant depuis la partie inférieure de la cuisse jusqu'au pied, est presque entièrement détruite. Chez cet enfant, on aurait donc un exemple curieux de nævus qu'une gangrène successive aurait détruit. La santé générale de l'enfant n'est pas altérée, bien que la gangrène marche toujours et qu'elle n'ait point encore détruit toute la partie rouge.

M. Guersant trouve le fait rapporté par M. Cullerier intéressant; il a eu aussi occasion de voir des nævus qui se sont ulcérés, non-seulement à l'hôpital, mais encore en ville; seulement ces ulcérations étaient superficielles et modifiaient le nævus. Il croit que ces ulcérations ne se produisent que sous une influence générale; il serait désireux que dans ce cas des cautérisations fussent faites sur la partie ulcérée pour hâter la cicatrisation.

M. Demarquay. Le fait rapporté par M. Cullerier est intéressant, et vient se placer à côté des faits analogues rapportés par M. Gautier. En effet, ce jeune médecin dans sa thèse inaugurale, après avoir exposé le résultat de recherches micrographiques sur les tumeurs érectiles, rapporte le passage des écrits d'Aug. Bérard où ce chirurgien parle de l'ulcération et de la gangrène comme moyen de guérison des tumeurs érectiles. Il cite, en outre, un certain nombre d'observations recueillies par lui, par Pelletan, Wardrop, etc.,

où l'ulcération et la gangrène ont amené la guérison de tumeurs érectiles.

M. Forget fait observer que le fait communiqué par M. Cullerier ne se rapporte pas à une tumeur érectile détachée de la peau par un pédicule plus ou moins long. Des exemples assez nombreux prouvent que de semblables tumeurs ont pu guérir spontanément par gangrène. Il s'agit, sur le malade de notre confrère, d'une vaste tache veineuse, couleur lie de vin, sans élevure à la surface du derme. Cette disposition rend encore la guérison plus remarquable.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 13 mars 1851.*

### Présidence de M. Danyau.

#### Correspondance.

M. Chassaignac donne sa démission de la commission chargée d'examiner le travail de M. Monneret. M. Lenoir est nommé membre de cette commission.

La Société a reçu :

1° Le numéro de mars 1851 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Lucas Championnière;

2° Un mémoire de M. Chassaignac sur les anévrismes des membres;

3° Une série de mémoires de M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix, imprimés et manuscrits, pour obtenir le titre de membre correspondant. Les mémoires imprimés sont :

1. *Essai thérapeutique sur l'iode ou application de la médecine iodée ou iodurée au traitement des maladies;*
2. *Mémoire sur une observation de grossesse utéro-interstitielle.*
3. *Observations sur les hernies gangréneuses et de leur traitement.*
4. *Quelques considérations sur le zona.*
5. *Quelques mots sur l'emploi du seigle ergoté.*
6. *Mémoire sur les abcès par congestion.*

7. *Des remèdes antisyphilitiques, de leur appréciation et de leur application.*

8. *Considérations pratiques sur la lithotritie.*

Deux mémoires manuscrits ayant pour titre :

1. *Efficacité de la cautérisation de l'oreille dans un cas de névralgie faciale des plus intenses et des plus rebelles.*

2. *Quelques mots sur une opération de hernie étranglée.* (Commissaires : MM. Huguier, Cullerier et Forget.)

4° M. Soulé, chirurgien chef interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, adresse deux mémoires :

1. *Quelques considérations sur les principales indications de la bronchotomie.*

2. *Un choix d'observations chirurgicales recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* (M. Demarquay, rapporteur.)

**Rapport.**

M. Marjolin donne une nouvelle lecture de son rapport sur une observation d'anévrisme artérioso-veineux présentée par M. Monneret. Voici cette observation :

Folias (Jean), âgé de trente-neuf ans, exerçant la profession d'infirmier, couché en ce moment au n° 9 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Bon-Secours, est entré au service à l'âge de seize ans et demi; à vingt ans, il prend part à notre première expédition d'Afrique, et il y est blessé grièvement par un coup de feu; il entre à l'hôpital d'Alger, et l'on constate, à la partie supérieure et externe de la jambe, une blessure profonde de laquelle on extrait dix-sept à vingt grains de plomb. Le gonflement de tout le membre inférieur et les accidents inflammatoires très graves se manifestent durant quelques jours, et pendant près de cinq mois les mouvements du membre restent difficiles. Il reprend ensuite son service militaire.

En 1833, il fit une chute qui détermina une forte contusion du genou gauche.

Depuis six ans, il s'est formé sur toute la jambe et le tiers inférieur de la cuisse gauche des varices assez considérables, qui sont encore aujourd'hui très développées, malgré l'usage continuel du bas lacé.

Enfin, le 6 janvier 1850, il fait une chute sur un trottoir; il en-

tre à la Pitié pour une fracture du tibia et du péroné gauche à leur partie inférieure ; cette double lésion, entièrement guérie dans les salles de M. Laugier, n'a laissé après elle qu'une faible cicatrice qu'on sent à peine aujourd'hui.

Il était entré dans mon service pour s'y reposer, lorsque le 24 août, pour la première fois, il sentit par hasard, en portant la main sur le milieu de la cuisse gauche, un battement dont il me parla quelques jours après. Ce fut alors que je constatai les symptômes suivants, qui n'ont subi depuis deux mois aucune espèce de modification et que représente fort exactement l'état actuel du malade.

Le membre inférieur gauche conserve son volume, sa configuration et sa couleur naturels ; lorsqu'il a marché durant plusieurs heures, le bas de la jambe et la partie interne du pied se gonflent un peu et acquièrent une couleur violacée ; en même temps, il éprouve de la gêne, quelques fourmillements et un sentiment de froid ; on trouve sur la partie externe de la jambe une cicatrice superficielle. Dans le creux poplité et un peu au-dessous, on découvre treize grains de plomb placés sous la peau et qui ne gênent en rien le malade ; l'un d'eux, qui s'est fortement écarté des autres, est placé au-dessus de la rotule et en dehors de cet os ; il n'existe nulle part de tumeur appréciable. En parcourant avec les doigts le trajet de l'artère crurale à partir du pli de l'aine, on sent que le calibre du vaisseau est un peu plus considérable que celui du côté de l'artère crurale droite ; ses battements sont aussi plus énergiques, et, à mesure que l'on approche du milieu de la cuisse et du passage de l'artère dans l'anneau du troisième adducteur, on perçoit un frémissement vibratoire tout à fait isochrone à la diastole artérielle et qui se continue avec force jusque dans le creux poplité et le pli de l'aine. Il va cependant en diminuant du tiers inférieur de la cuisse vers l'arcade crurale ; il se transmet dans le voisinage du vaisseau aux masses musculaires qui l'entourent et au système osseux. Quant aux pulsations artérielles, elles ne sont visibles à l'œil qu'à la partie moyenne de la cuisse ; on fait cesser le frémissement en pressant sur l'artère au-dessous de l'arcade crurale et en mettant obstacle à la libre pénétration du sang dans le vaisseau. L'artère pédieuse et les vaisseaux de la jambe ont conservé leur calibre normal ; aucune ondulation dans les veines variqueuses.

L'auscultation fournit des signes d'une grande importance : ce

qui frappe d'abord l'oreille est un son aigu sibilant désigné par tous les auteurs sous le nom de soufflet, et qui n'est autre chose qu'un bruit hydraulique ou de courant sanguin tout à fait intermittent, isochrone à la diastole artérielle, et un frémissement vibratoire déjà indiqué; immédiatement après, on entend un second bruit de courant à timbre plus sourd, plus grave que le premier et isochrone à la systole artérielle; il est facile de se convaincre que le bruit de courant est continu et qu'il est seulement couvert à des intervalles égaux par le bruit sibilant dont j'ai parlé; ces deux bruits diminuent d'abord et cessent ensuite lorsqu'on vient à presser sur la partie supérieure de l'artère crurale. Le bruit continu disparaît avant l'intermittent; on a comparé ce bruit à celui du rouet, de la lime, de la scie. J'ai aussi constaté chez ce malade un phénomène que j'ai rencontré dans quelques circonstances analogues : le bruit aigu s'entend à distance lorsqu'on approche l'oreille du stéthoscope ou même de la cuisse vis-à-vis du point où le murmure a toute son intensité, je me suis également assuré que le bruit intermittent diastolique est encore très fort au niveau de l'artère crurale et que, par contre, le bruit continu est faible, à peine perceptible. A mesure que l'on s'approche du milieu de la cuisse, les deux bruits reprennent toute leur intensité. J'ai exploré avec soin toutes les autres parties du système vasculaire, et j'ai pu me convaincre qu'elles ne s'écartaient en rien de l'état normal, que le cœur et les gros vaisseaux jouissent de toute leur intégrité fonctionnelle, ainsi que tous les autres appareils que j'ai successivement examinés.

Contrairement aux idées généralement adoptées, dit M. Marjolin, M. Monneret pense que dans l'anévrisme artérioso-veineux il y a deux sortes de bruits et deux sortes de frémissements. Les uns sont interrompus et artériels; les autres, au contraire, continus, ne peuvent appartenir qu'aux veines. Cette idée n'est, du reste, que la conséquence d'une théorie qu'il a exposée dans un autre travail sur la circulation. Le mémoire de M. Monneret peut être divisé en trois parties : 1° l'observation pure et simple; 2° la manière dont l'auteur arrive au diagnostic, interprète les phénomènes de la maladie; 3° l'examen des propositions qui résument ces idées.

Nous n'insisterons pas sur l'observation dont nous avons donné une analyse; disons seulement que l'étiologie toute traumatique de

la maladie ne saurait rester douteuse un seul instant. Quant au procédé qui aurait mis M. Monneret sur la voie du diagnostic, il est tout entier dans la théorie qui lui a révélé, dit-il, la nature de la maladie. M. Marjolin fait observer que les symptômes de l'affection étaient assez évidents et assez précis pour ne pas laisser un instant de doute; mais M. Monneret tenait à démontrer l'utilité de la théorie, et il annonce, dit M. Marjolin, qu'il va fournir les preuves sur lesquelles il s'appuie pour admettre que l'artère et la veine communiquent ensemble; M. Monneret est parti d'expériences que personne ne nie pour établir une théorie des plus contestables; il n'y a aucune parité entre ses expériences et ce qui se passe dans la maladie qui nous occupe. Personne, en effet, ne nie la possibilité d'obtenir deux bruits différents, lorsqu'on fait circuler dans deux tubes de l'eau d'une manière différente. Tout le monde admet encore que si ces deux tubes sont rapprochés on a une résultante composée de deux sortes de bruits. Mais ce qu'on est en droit de contester, c'est que les faits se passent de même dans l'anévrisme artérioso-veineux, et avant tout il faudrait prouver qu'il ne peut y avoir que des bruits interrompus dans les artères et des bruits continus dans les veines, et rien n'est plus contesté. Nous opposerons de suite l'exemple de la varice artérielle.

Les preuves que cite M. Monneret à propos du frémissement ne seront pas plus concluantes. On sait que si on accolle deux tubes dans lesquels il y a un frémissement distinct, ces deux frémissements peuvent s'ajouter; mais cela ne prouve pas qu'il y ait communication entre ces deux tubes.

Si, comme le dit M. Monneret, il y a un bruit continu propre à la veine, on doit dans la varice anévrismale le trouver au moins encore pendant un certain temps lorsque le cours du sang artériel est suspendu; car non-seulement la structure intime de la veine est changée, mais il y a encore une circulation plus active. Cependant il n'en est rien; dès l'instant que l'on comprime l'artère, le bruit et le frémissement cessent brusquement. Si au contraire on permet au sang artériel de circuler, tous les phénomènes se reproduisent graduellement, jusqu'à ce que, l'artère libre de toute étreinte, le souffle et la vibration reparaissent avec toute leur énergie. Si ce sont là les expériences qui doivent fonder la théorie de l'auteur, nous les regardons comme non concluantes; mais il est une dernière décision,

dit l'auteur : « J'ai souvent établi une communication anormale entre les deux tubes élastiques; celui qui représente la veine était traversé par un courant d'eau continu, tandis que j'envoyais un courant d'eau saccadé, intermittent, dans le tube artériel. J'ai trouvé constamment un bruit de courant continu, renforcé par un bruit soufflant plus intense et saccadé, soit que j'auscultasse l'artère, soit que l'exploration portât sur la veine; il suffit que les courants communiquent l'un avec l'autre ou que les parois vasculaires se touchent, pour que les sons hydrauliques soient transmis à une très grande distance. Aussi le bruit continu se mêle-t-il aisément au bruit intermittent, ou plutôt on n'entend plus qu'un seul bruit continu interrompu par un son plus aigu et saccadé. »

Puisque M. Monneret voulait imiter ce qui se passe dans la nature, ou au moins s'en rapprocher, il fallait répéter l'expérience de Scarpa.

Comment ! de l'aveu de l'auteur, dans les veines il n'y a ni bruit, ni frémissement, et il commence par douer son courant veineux d'une propriété qu'il n'avait pas évidemment.

M. Marjolin pense qu'il n'y a aucune parité à établir entre les expériences et ce qui se passe dans la veine anévrismale. Rien ne prouve qu'il y ait deux bruits et deux frémissements quand il y a communication entre l'artère et la veine; nous croyons qu'il n'y a qu'un bruit et un frémissement, dont le maximum d'intensité coïncide avec la construction ventriculaire. Ce bruit, ce frémissement sont uniquement dus au passage continu du sang artériel à travers l'orifice de communication, et c'est au niveau de ce point qu'ils sont le plus sensibles.

Tous ces signes avaient été parfaitement décrits, et il ne restait plus qu'à donner l'histoire de toutes les variétés possibles de l'affection. C'est ce qu'ont fait MM. Vidal et Nélaton en rassemblant tous les faits connus.

Comment se fait-il donc que M. Monneret adresse un reproche presque général de confusion à tous les auteurs, qui, dit-il, confondent à chaque instant le frémissement et le bruit? Cela tient à ce que notre honorable confrère a commis la méprise suivante : bruissement et frémissement pouvant s'employer indistinctement pour désigner une sensation du bruit ou du toucher, ces deux mots

sont surtout employés l'un pour l'autre ; mais il n'y a pas pour cela confusion.

M. Marjolin, passant à l'examen des propositions qui résument le travail de M. Monneret, les accompagne de commentaires.

1° *Proposition.* — Lorsqu'un liquide circule avec bruit dans un canal, si le bruit est continu, on peut affirmer que le liquide s'écoule d'une manière continue.

A cette proposition incontestable il faut ajouter, dit M. Marjolin, que l'intensité du bruit varie comme la rapidité du courant ; et si le courant n'est pas assez intense, il pourra ne se produire aucun bruit.

2° Si le bruit est intermittent, on peut également affirmer que le liquide circule par saccades.

3° Dans l'état physiologique, le sang circule d'une manière continue dans les veines, parce que le courant sanguin n'est point assez rapide.

Sans doute, ajoute M. Marjolin, le cours du sang est continu dans les veines, et il ne se produit aucun bruit. Mais cette absence du bruit tient-elle bien à la lenteur du courant ? Rien ne le prouve.

4° Dans l'état physiologique, le sang circule d'une manière rémittente, saccadée dans les artères ; mais le seul bruit perceptible est celui qui est provoqué par le choc du sang contre l'artère au moment de la diastole ; le mouvement continu est silencieux.

5° Mais si, par une cause quelconque, la paroi de la veine devient malade, ou si le sang y circule avec plus de vitesse, alors un bruit continu du courant y prend naissance. Donc si chez un malade on perçoit sur le trajet d'un vaisseau un bruit continu, on peut affirmer qu'il repasse dans les veines.

M. Marjolin combat cette proposition. La conclusion n'est pas juste. En effet, quand bien même M. Monneret prouverait que dans certaines maladies des veines, lorsque le cours du sang y est accéléré, on entend un bruit continu, je répondrais que ce n'est pas une raison pour conclure qu'il n'y a de bruit continu que dans les veines artérielles, et qu'enfin on ne peut en aucune façon comparer ce qui se passe dans une veine malade avec ce que l'on rencontre dans une veine en communication avec une artère.

6° D'une autre part, le passage du sang dans l'artère voisine de

la veine donne naissance à un bruit de courant intermittent. On a donc dans le même anévrisme : 1° un bruit soufflant veineux, renforcé par un bruit intermittent artériel; 2° un bruit soufflant d'un autre timbre intermittent artériel.

M. Marjolin objecte que, en donnant pour exemple la dilatation variqueuse artérielle, il a dû renoncer à conclure que les artères pouvaient seules présenter des bruits intermittents, et il est conduit, au contraire, à admettre la présence possible de bruits intermittents comme de bruits continus. Quant à la réalité de deux bruits de nature et de siége différents, elle nous paraît inadmissible. Il n'y a qu'un seul bruit continu dont l'intensité coïncide avec les contractions ventriculaires, et c'est ce bruit qui a reçu le nom classique *susurrus*.

7° En même temps se manifeste un phénomène tactile que l'on appelle frémissement vibratoire; celui-ci se décompose comme le bruit, en deux : 1° un frémissement continu ayant son siége dans la veine; 2° un frémissement plus fort, saccadé, se passant dans l'artère. Le frémissement vibratoire, objecte M. Marjolin, qui se trouve dans les deux vaisseaux, mais surtout dans la veine, ne peut pas plus se décomposer que ce bruit. Il est produit uniquement par le passage du sang artériel à travers l'orifice de communication; il a son maximum d'intensité au lieu même de la lésion, et il décroît à mesure que l'on s'en éloigne. Il n'admet pas qu'il y ait un frémissement saccadé propre à l'artère, et un frémissement faible propre à la veine.

8° Le seul fait de l'existence : 1° d'un double bruit A continu + A intermittent; 2° d'un double frémissement A continu + B intermittent ou artériel, me fait conclure à l'instant même à l'existence d'un anévrisme variqueux.

M. Le rapporteur nie absolument la valeur de ce fait comme moyen diagnostic.

9° Les causes hydrauliques du bruit et du frémissement continu sont : 1° la circulation plus rapide du sang veineux par l'impulsion que lui communique le passage du sang artériel de l'artère dans la veine; 2° l'agrandissement et l'artérialisation de la paroi veineuse.

Pour le rapporteur, la cause productrice du bruit et du frémissement est tout entière dans le passage continu du sang artériel à travers l'orifice de communication; si elle résidait dans la suracti-

vité de la circulation, on n'entendrait le bruit qu'au-dessus de l'orifice de communication. Il est cependant possible que la veine, une fois agrandie et artérialisée, devienne le siége de bruits spéciaux. Mais ces bruits ne pourraient se produire de même qu'au-dessus de la communication; car au-dessous, le cours du sang est retardé; ce n'est, du reste, qu'une hypothèse.

10° La cause du bruit et du frémissement intermittents est le passage du sang pendant la diastole à travers et sur l'orifice artériel rétréci et malade.

Pour le rapporteur, n'acceptant pas la distinction et la division des bruits et du frottement proposés par M. Monneret, il est obligé de revenir à l'opinion généralement reçue, qu'il n'existe qu'une sorte de bruit et de frémissement continu, dont le renforcement coïncide avec la contraction ventriculaire. Ce bruit et ce frémissement sont dus à la communication accidentelle de la veine et de l'artère.

En terminant, M. Marjolin dit : Lorsqu'une doctrine ou une théorie nouvelle se produisent dans la science, quel qu'en soit l'auteur, elles éveillent toujours l'attention publique; mais lorsque cette doctrine ou cette théorie se trouvent présentées par un homme déjà haut placé par ses travaux scientifiques, l'intérêt augmente, et chacun est avide d'étudier attentivement les nouvelles idées; c'est ce qui est arrivé quand M. Monneret nous a fait l'honneur de nous communiquer son travail. Nous n'avions pas cru d'abord être chargé de la tâche difficile de vous faire ce rapport; mais du moment que nous en avons accepté la responsabilité, nous nous sommes efforcé de rendre notre travail complet, en nous attachant à discuter avec la plus grande convenance les doctrines de notre honorable confrère. Nous n'avons pas à faire une critique, mais bien une appréciation sérieuse d'idées tout à fait nouvelles, les opinions que nous ne pouvions partager, nous les avons combattues, sinon avec tout le talent que demandait un pareil rapport, au moins en nous efforçant de ne pas nous écarter des formes que vous deviez attendre d'un membre de votre Société. Nous pensons que, si vous ne partagez pas toutes les objections faites à l'auteur du travail, vous adopterez du moins toutes les conclusions de la commission.

Ces conclusions sont :

1° Adresser des remercîments à M. Monneret pour son intéressante communication ;

2° Envoyer son travail au comité de publication pour l'insérer dans les Mémoires de la Société.

Après le rapport de M. Marjolin, M. Chassaignac, revenant sur les phénomènes caractéristiques de l'anévrisme artérioso-veineux, s'exprime ainsi : Les descriptions symptomatologiques de l'anévrisme vagineux ont toutes fait mention du frémissement qui existe dans les veines voisines de la communication artérioso-veineuse ; mais jusqu'à quelle distance de ce point le bruit peut-il être entendu, est-ce à 3, 4, 8 ou 15 pouces du point inter-communiquant ? voilà un détail sur lequel gardent le silence des descripteurs même très modernes, et puisque l'on a cité M. Nélaton, je prends son livre et je vois, page 471, le paragraphe suivant :

La tumeur présente des pulsations isochrones à celles du pouls. Ces pulsations sont très distinctes dans la tumeur, elles sont également perçues dans les veines dilatées autour d'elles et vont en s'affaiblissant à mesure que l'on s'éloigne du point central ; elles sont accompagnées d'une sorte de frémissement facile à percevoir par le toucher. Mais encore une fois jusqu'à quelle distance du point central se propagent les pulsations et les frémissements ? rien, absolument rien ne l'indique. Eh bien ! je crois avoir insisté le premier sur la grande étendue de propagation et sur le détail précis des distances. Cela sans doute ne constitue pas un signe nouveau de la maladie qui se diagnostique parfaitement bien, abstraction faite de l'étendue longitudinale des pulsations et du frémissement. Dès lors, si la constatation des distances précises n'est qu'un objet de curiosité, pourquoi y attacher tant d'importance et revendiquer ce détail ? Pourquoi ? parce que suivant moi cette circonstance joue un très grand rôle dans l'appréciation des théories des bruits artérioso-veineux. Or, c'est précisément une théorie qui est en cause. Ainsi, dans la théorie généralement admise par les chirurgiens, et qui consiste à considérer la cause des bruits comme due au passage du sang de l'artère dans les veines, à travers une ouverture étroite, le fait de la grande distance de propagation vient détruire de fond en comble cette théorie, et voici comment. J'appellerai bruit orificiel celui qui se produit au point de communication tant que l'o-

reille ne s'éloigne pas considérablement du point de communication artérioso-veineuse; rien ne choque le bon sens ni les lois de la transmission à travers les corps solides ou liquides d'un son produit dans un point donné. Mais du moment que la distance devient considérable, des lois de transmission nous disent que ce n'est pas un bruit produit à l'orifice de communication qui peut se transmettre à de semblables distances. La théorie est donc en défaut, et il faut de deux choses l'une, ou se borner à constater les faits sans avancer aucune théorie; ou, si l'on veut absolument en formuler une, il ne faut pas qu'elle soit en contradiction avec les faits; mais qu'au contraire elle en soit la fidèle expression.

Eh bien! nous croyons traduire plus exactement les faits en admettant que dans les bruits complexes appelés artérioso-veineux il y a deux éléments que nous désignons ainsi : 1° un bruit mécanique; 2° un bruit chimique. Pourquoi ces deux expressions? Parce que toujours le bruit est phénomène mécanique. Il y a nécessité de s'expliquer. La distinction que nous cherchons à établir repose sur le mécanisme de la production de ces bruits.

L'un nous parut dû à un frottement ou à un frôlement de l'orifice membraneux étroit, l'autre nous parut dépendre d'une combinaison chimique et moléculaire. Tout cela est contestable assurément, mais qu'on nous laisse suivre un instant cette donnée, pour voir comment elle s'adapte aux faits. Quels sont ces faits?

Dans l'anévrisme artérioso-veineux on entend : 1° un bruit saccadé isochrone au pouls; 2° un bruit continu de frémissement; 3° le bruit continu a des redoublements qui correspondent aux saccades artérielles.

Si le bruit s'entend à une grande distance de l'orifice inter-communiquant, voyons maintenant comment la théorie explique ces faits : 1° Le bruit saccadé est dû au passage du sang de l'artère dans la veine au moment de chaque pulsation; ceci se prouve : 1° par la certitude que l'on a qu'au moment de la pulsation l'artère fait porter avec plus de rapidité et en plus grande quantité le sang dans la veine; 2° par cette autre certitude que quand un liquide passe à travers un orifice plus étroit que le calibre du tube dans lequel il circule, il y a production d'un bruit; comme on le voit, c'est une cause toute mécanique qui produit le bruit saccadé. 3° Le second fait le bruit continu de frémissement; ce bruit, nous l'appellerons

chimique, parce que nous le croyons dû au mélange du sang artériel avec le sang veineux. Pourquoi ce bruit est-il continu? Parce que le mélange des deux sangs est continu. Pourquoi ce bruit se fait-il entendre dans les veines? Parce que le sang artériel arrive incessamment en plus grande quantité de l'artère aux veines que des veines à l'artère. Pourquoi ce bruit continu est-il plus fort auprès de l'orifice de communication? Parce que c'est le lieu où le mélange se fait dans des proportions plus considérables. Pourquoi ce bruit, tout continu qu'il est, a-t-il des redoublements coïncidant avec les saccades artérielles? Parce qu'à ce moment le sang y arrive avec plus d'abondance et que le mélange subit un accroissement. Pourquoi le bruit continu s'entend-il à une plus grande distance que le bruit saccadé? Parce que le bruit saccadé a une cause topique et parfaitement localisée dans un point, tandis que le bruit dû au mélange des deux sangs se produit partout où s'opère et se continue le mélange.

M. Maisonneuve combat la théorie de M. Chassaignac : Si, dit notre collègue, le bruit continu est dû au mélange des deux sangs, ce mélange ayant surtout lieu dans la portion de la veine qui se trouve au-dessus de l'orifice de communication de l'artère et de la veine, c'est là seulement que l'on devrait entendre le bruit continu; or, il s'entend à la partie inférieure et supérieure du membre, siége de l'anévrisme.

M. Marjolin rejette la théorie proposée par M. Chassaignac; il ne voit pas en quoi la combinaison des deux sangs, artériel et veineux, pourrait produire le bruit continu. Les données physiques appliquées à l'anévrisme artérioso-veineux et les conditions anatomiques de cette maladie expliquent les symptômes qui s'observent. Pour ce qui est de l'étude du bruit saccadé, il fait observer que plusieurs auteurs ont insisté aussi sur la distance à laquelle il peut être perçu. Il cite Hogdson et M. Duval, qui a fait, sous l'inspiration de Chopart, une thèse sur cet anévrisme. Il fait observer, en terminant, que plusieurs causes peuvent faire varier la distance où on entend ce bruit.

— M. Lour présente une femme âgée de quarante-cinq ans, atteinte d'une double affection carcinomateuse des deux os maxillaires supérieurs.

L'une de ces affections, bien circonscrite, bornée au rebord

alvéolaire, ne se prolongeant pas à la voûte palatine, se trouve à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur du maxillaire supérieur du côté gauche.

L'autre occupe la tubérosité de l'os maxillaire du côté droit, intéresse toute l'épaisseur du rebord alvéolaire, et s'étend un peu à la voûte palatine.

M. Loir vient demander à la Société de Chirurgie quel est le traitement le plus rationnel à suivre. La double résection des parties malades, qui sont bien distinctes, peut-elle être faite avec sécurité et chances de succès dans une seule opération, ou bien est-il préférable de pratiquer d'abord une seule résection et d'attendre ensuite pour l'autre opération ?

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du 18 mars 1851.*

### Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

M. LARREY fait hommage de son rapport sur l'observation présentée à l'Académie de Médecine par M. Hutin, ayant pour titre : *Ablation complète du menton par un coup de canon.*

### Tumeur située dans l'épaisseur du voile du palais. Extirpation.

M. MARJOLIN présente une tumeur qu'il a extirpée dans les conditions suivantes :

Une femme entrée dans un service de médecine pour y être traitée d'une angine et d'une bronchite chronique portait dans la voûte palatine une tumeur grosse comme une noix muscade. M. Béhier, après avoir guéri cette femme des affections pour lesquelles elle était entrée dans son service, l'adressa à M. Marjolin ; celui-ci, craignant d'avoir affaire à une affection syphilitique ancienne, sous l'influence de laquelle se serait développée la tumeur du voile du palais, soumit la malade à l'iodure de potassium. Ce médicament n'amenant aucune modification dans le volume de la tumeur, notre confrère se décida à en pratiquer l'ablation. M

agit de la manière suivante : il fit une incision de bas en haut, comprenant l'épaisseur de la muqueuse; un doigt, porté derrière le voile du palais et ramené en avant, fit saillir la tumeur et en favorisa l'énucléation. Il faut ajouter que cette dernière n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines. La partie fibreuse du voile du palais n'a point été intéressée.

La tumeur est dure, inégale, et présente tout à fait l'aspect d'une tumeur cancéreuse. Un examen microscopique nous dira si elle présentait la cellule caractéristique. La malade est dans un état de santé parfaite.

**Résection d'une grande partie de l'extrémité inférieure de l'humérus. Guérison.**

M. Chassaignac présente l'homme sur lequel, il y a neuf mois, il pratiqua la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. Cet homme, en ramassant des balles mortes au tir de Vincennes, avait reçu un coup de feu qui avait fracturé l'extrémité inférieure d'un des humérus. Le désordre qui avait été occasionné par ce coup de feu, le nombre des esquilles qu'il avait produites, firent hésiter un instant M. Chassaignac entre une amputation et une résection. Il s'arrêta à la résection, bien qu'elle dût enlever une grande partie de l'os. La section de l'os fut faite avec une scie à chaîne au point où le nerf radial contourne l'humérus, et toute l'étendue de cet os, depuis ce point jusqu'à l'articulation huméro-cubitale, fut enlevée. Après l'opération, le membre malade fut mis dans l'extension; mais dès que la matière osseuse a commencé à se produire, pour prévenir la gêne que cause l'ankylose dans une position rectiligne, M. Chassaignac endormit son malade et produisit une fracture dans la continuité de l'os, et put alors mettre le membre dans une position fléchie, afin que, si on ne pouvait obtenir une fausse articulation permettant au malade d'accomplir certains mouvements, du moins on eût une attitude telle du membre, qu'il ne fût point à peu près inutile au malade. Ce dernier a très bien guéri; il peut se servir de sa main; cependant, il est certains mouvements, tels que ceux de pronation et de supination, qu'il ne peut point parfaitement accomplir; cela pourrait tenir à la lésion du nerf radial pendant l'opération, bien que toutes les précautions aient été prises pour l'éviter.

M. Larrey. Le fait intéressant présenté par M. Chassaignac me rappelle un cas analogue que j'ai observé il y a une quinzaine d'années chez un vieux soldat des Invalides. Il s'agissait d'une fracture ancienne et non consolidée de l'humérus par un coup de feu, non pas vers son extrémité inférieure, mais près de l'articulation scapulo-humérale, qui était ankylosée. Les mouvements du bras, complétement abolis dans l'épaule, s'exécutaient dans la pseudarthrose, d'une manière imparfaite sans doute, mais assez librement encore pour suppléer en partie aux mouvements naturels. On s'était abstenu avec raison de toute tentative de traitement pour obtenir la consolidation de la fracture.

Il y aurait peut-être, d'après ce fait, à examiner un point nouveau de la double question des pseudarthroses et des ankyloses ; à savoir : si, dans le cas de fracture non consolidée près d'une articulation ankylosée, il ne faudrait pas quelquefois établir ou conserver la fausse articulation. Mais c'est seulement pour le membre supérieur que l'on pourrait soutenir cette proposition.

M. Forget demande à M. Chassaignac s'il a fixé son attention sur une petite tumeur arrondie, plate, sous-cutanée, que son malade porte dans le pli du bras. Cette tumeur, qui a une dureté osseuse et une étendue de plus de 1 centimètre en travers, serait survenue, nous a dit le malade, à la suite des manœuvres opérées pour faire passer son avant-bras de l'état d'extension à celui de flexion. M. Chassaignac peut-il expliquer la formation de cette petite tumeur qui pourrait fort bien être une esquille assez volumineuse, qui par migration serait ainsi venue se placer sous les téguments ?

M. Denonvilliers a reconnu également la tumeur placée sous la peau ; elle est mobile, adhérente à celle-ci, et ressemble assez bien à une moitié de balle. A propos de ce malade, M. Denonvilliers donne l'histoire d'un autre qui a séjourné quelque temps dans son service. Cet homme avait fait une chute sur le coude, qui n'avait amené aucun désordre grave. Pendant qu'il était à l'hôpital il se forma une tumeur grosse comme une noix au-dessus du pli du coude, et assez profondément placée ; elle paraissait avoir son siége dans le brachial antérieur, l'artère humérale, double à sa partie inférieure, passait de chaque côté de la tumeur, et lui imprimait des mouvements anomaux, et pouvait de la sorte induire le chirurgien en erreur. Cette tumeur est allée en diminuant ; et quand

le malade quitta l'hôpital, la tumeur était notablement réduite, et les mouvements, qui étaient singulièrement gênés au début de la maladie, étaient revenus à peu près à l'état normal. Quant à l'origine de cette affection, il est probable, ajoute M. Denonvilliers, que du sang épanché dans l'épaisseur du brachial antérieur et dans les parties environnantes s'est modifié de certaine façon, de manière à produire la tumeur fibro-cartilagineuse sur laquelle M. Denonvilliers a appelé l'attention.

**Fistules vésico-vaginales guéries.**

M. Maisonneuve revient sur les malades affectées de fistules vésico-vaginales et qu'il a opérées récemment. On sait qu'une commission fut chargée d'examiner deux femmes affectées de fistules vésico-vaginales et opérées par M. Maisonneuve : l'une des deux femmes avait été regardée comme complétement guérie; tandis que l'autre, sur laquelle d'ailleurs une perte de substance considérable avait obligé le chirurgien à une dissection de l'urètre, conservait encore un petit pertuis. Ce pertuis a été comblé, et M. Cullerier, qui a vu la malade avec M. Maisonneuve, a constaté qu'une injection pratiquée dans la cavité vésicale, le doigt étant placé sur l'orifice du méat urinaire, ne laisse couler aucune goutte de liquide, ce qui a lieu quelquefois quand la malade est debout et qu'elle fait un effort. Une troisième malade présentait une perte de substance telle, que, pour arriver à pratiquer la dissection nécessaire à l'affrontement des bords de la plaie, M. Maisonneuve a été obligé d'inciser le périnée pour se donner du jour. Cette malade n'est point encore complétement guérie; il reste encore quelque chose à combler. Dans ce cas comme dans le cas précédent, il a été obligé de disséquer l'urètre pour le reporter en arrière. Toutefois, M. Maisonneuve espère bien arriver à une guérison définitive chez cette femme, comme chez les deux autres.

M. Lenoir fait observer que, l'urètre ayant été disséqué et reporté en arrière, la direction de ce conduit est changée et que c'est là la cause pour laquelle cette femme laisse échapper quelques gouttes d'urine quand elle est debout et qu'elle fait des efforts.

M. Maisonneuve a constaté que l'urètre est reporté en arrière et que sa direction est plus verticale que cela n'existe habituellement. La malade, couchée sur le dos, garde bien ses urines; quand on

l'examine et qu'on écarte les jambes, il s'exhale une odeur vulvaire et nullement urineuse.

### Du pronostic dans la tuberculisation d'un seul testicule.

M. Vidal (de Cassis) fait à la Société la communication suivante :

Il y a quelques mois, dit-il, en vous présentant une prostate tuberculeuse, je fus conduit à vous parler de la tuberculisation des organes génitaux de l'homme, de celle du testicule en particulier. Je vous fis remarquer le nombre considérable de sujets portant des tubercules dans les testicules et qui ne paraissaient nullement souffrir ni des poumons ni des autres viscères. Je dis que la tuberculisation testiculaire la plus grave me paraissait être celle qui n'envahissait qu'un côté. Je vous citais deux faits de ma pratique, il vient de s'en présenter un troisième à l'hôpital du Midi. C'est un malade de la salle n° 11, qui a eu une blennorrhagie, puis un engorgement du testicule gauche; cet engorgement a revêtu une forme chronique; un foyer s'est formé sur un point de l'épididyme; il s'est ouvert, et il en est sorti une humeur comme du pus mal lié; plus tard, il y a eu une pareille évacuation; enfin, le cordon spermatique du même côté s'est engorgé, et aujourd'hui, sur un point du canal déférent, existe une tumeur grosse comme une noisette, dure et un peu douloureuse à la pression : c'est là évidemment une masse tuberculeuse identique aux masses qui ont envahi le testicule, l'autre testicule, l'autre canal déférent étant complétement sains. Je déclarai à mes élèves qu'il s'agissait d'un cas grave, d'un cas qui pouvait être rapporté à la catégorie des tumeurs malignes des testicules, lesquelles ne sont observées que d'un côté des bourses. Je portai ce pronostic sans examen préalable des viscères de l'abdomen et de la poitrine.

Un mois après son entrée à l'hôpital, on put constater un boursouflement, un empâtement du ventre, comme cela se remarque dans le carreau. Peu à peu les symptômes d'une ascite ont apparu, et aujourd'hui tout prouve qu'il y a dans l'abdomen des lésions organiques qui feront périr le malade. Je cite ce nouveau fait non pas pour vous prouver qu'il n'y a de tuberculisation grave que celle qui ne porte que sur un côté des bourses, mais pour fixer votre at-

tention sur la question de savoir s'il n'y aurait pas deux espèces de tubercules des testicules.

En terminant, M. Vidal insiste sur l'inopportunité des opérations lorsqu'il s'agit de tubercules développés dans le testicule; ou c'est une manifestation locale, et elle guérira, ou c'est le résultat d'une diathèse, et l'opération ne fera que hâter la marche des accidents.

M. Larrey. Il me paraît difficile d'admettre en principe la première proposition énoncée par M. Vidal, à savoir : que la tuberculisation du testicule d'un seul côté soit plus grave que celle des deux côtés. De nouveaux faits seraient nécessaires pour confirmer cette opinion assez exceptionnelle aux règles de la pathologie des organes pairs. Cependant, j'ai eu occasion de remarquer aussi que la tuberculisation simultanée ou successive des deux testicules semble offrir de la tendance, sinon à une guérison définitive, du moins à une amélioration notable. Il y aurait donc en effet des recherches à faire sur ce sujet.

Quant à la seconde proposition soutenue par M. Vidal, elle est généralement admise, c'est-à-dire que l'on doit s'abstenir de pratiquer la castration dans les cas de testicule tuberculeux.

Qu'il me soit permis à cet égard de rappeler un souvenir déjà éloigné : j'avais présenté en 1831 à la Société anatomique différents cas de sarcocèles opérés par mon père au Gros-Caillou. L'un d'eux offrait les caractères de la dégénérescence tuberculeuse. Delpech, qui en eut connaissance, me fit l'honneur de m'écrire pour m'indiquer les inconvénients de l'opération dans les cas du même genre, et j'ai constaté plus d'une fois depuis que le savant professeur de Montpellier avait raison.

M. Vidal répond qu'il n'a pas voulu établir une loi générale; seulement il a voulu fixer l'attention de la Société sur certains faits, peu nombreux il est vrai, où la tuberculisation d'un seul testicule a entraîné des conséquences graves.

### Ligature de la carotide primitive.

M. Lenoir revient sur la maladie de la jeune fille à laquelle il a pratiqué la ligature de la carotide primitive. La tumeur érectile de la région temporale et orbitaire n'a point encore subi de modification importante; le fil est tombé aujourd'hui, quinze jours après

l'opération, entraînant avec lui une faible portion du tissu artériel. Prochainement M. Lenoir présentera l'histoire complète de la malade, et des considérations spéciales sur la tumeur dont elle est affectée.

— M. Chassaignac cite un nouveau cas de fistule génienne traitée par l'isolement de la joue, de la paroi externe du maxillaire. Un malade se présente à M. Chassaignac portant sur l'une des joues une fistule tenant à une carie dentaire. Pour tarir cette fistule, M. Chassaignac détache la joue du maxillaire supérieur, en incisant profondément le sillon muqueux qui réunit cette dernière à la mâchoire supérieure; cela fait, il fait passer un fil dans le trajet fistuleux, et il entraîne avec ce fil un peu de charpie suffisant pour tenir écartée la joue du point malade et permettre à la fistule ancienne de se fermer. Cette opération fut suivie d'un plein succès; la maladie extérieure fut promptement guérie.

M. Marjolin combat le procédé préconisé par M. Chassaignac; en effet, notre collègue ne s'applique qu'au symptôme et laisse subsister la maladie, qui est ou une maladie dentaire, ou une petite carie, ou une nécrose du maxillaire. On sait depuis longtemps que ces fistules guérissent très bien en faisant disparaître la cause. M. Duval, grand-père de M. Marjolin, a insisté sur le meilleur mode de traitement de ces maladies. Ce procédé ne devrait être employé qu'autant que le traitement vraiment essentiel a échoué.

M. Chassaignac convient qu'il n'institue qu'un traitement palliatif qui convertit une fistule externe en fistule interne; mais ce symptôme est souvent dégoûtant, il rend les malades malheureux, et on ne peut obtenir toujours facilement la mobilisation du point osseux qui occasionne la maladie : il supprime de la sorte une affection dégoûtante, et le malade attend patiemment.

M. Forget fait observer que le procédé opératoire préconisé par M. Chassaignac n'est point nouveau, il l'a vu employer par M. Laborie dans le but de guérir une fistule génienne; cette opération, à laquelle M. Forget assistait M. Laborie comme aide, a parfaitement guéri, et le procédé opératoire décrit par M. Chassaignac a été employé.

— M. Chassaignac met sous les yeux de la Société un testicule cancéreux énorme, sur lequel on constate que la tunique vaginale est intacte. A propos de ce fait, M. Chassaignac discute la question

de l'opportunité d'un traitement spécifique quand ces affections ne sont qu'au début. Il a pu observer que la tumeur cancéreuse qu'il présente à la Société a pris un grand accroissement du jour où le malade a été soumis à un traitement antisyphilitique.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 26 *mars* 1851.

**Présidence de M. DANYAU.**

### Hydrorachis. Injection iodée. Guérison.

M. Chassaignac présente à la Société un enfant âgé de cinq mois, portant à la partie inférieure de la colonne vertébrale les traces d'un hydrorachis guéri par les injections iodées. Cet enfant fut porté à l'hôpital au mois de janvier dernier. Déjà il avait été soumis à l'examen de M. Dubois, qui devait tenter quelque chose pour sa guérison, mais qui avait été arrêté par la difficulté de donner à ce dernier une nourrice convenable. Quand M. Chassaignac vit l'enfant, il était chétif. La tumeur qu'il portait à la partie inférieure de la colonne vertébrale avait le volume d'un œuf à grand diamètre vertical; la peau était amincie, transparente. On sentait une fluctuation évidente; la pression ne diminuait pas le volume de la tumeur; les cris de l'enfant lui donnaient au contraire une certaine tension. Craignant une rupture prochaine, M. Chassaignac se décida à faire une injection iodée le 14 janvier dernier. Deux cuillerées de liquide citrin furent évacuées de la poche formée par l'hydrorachis, et une injection à partie égale de teinture d'iode et d'eau fut faite dans la tumeur, le pouce d'un aide étant préalablement placé sur le pédicule de la tumeur afin de prévenir toute pénétration de l'injection dans le rachis. Après cette opération, des bandelettes de diachylum furent appliquées sur le siége du mal. Pendant environ six semaines la tumeur resta à peu près avec son volume primitif. L'injection paraissait avoir échoué, quand elle se mit enfin à revenir sur elle-même et à disparaître. Actuellement l'enfant ne porte plus que des traces de sa tumeur, et le rachis offre encore un écartement correspondant au pédicule de celle-ci. Depuis l'opéra-

tion la santé de l'enfant est bonne. Les mouvements des membres inférieurs sont normaux.

M. Debout. Le fait de M. Chassaignac n'est pas unique dans la science, et tout récemment il a vu M. Velpeau pratiquer une injection iodée dans des circonstances analogues à celles où s'est trouvé notre confrère. Ce professeur, se fondant sur les nombreuses expérimentations et l'absence de toute inflammation du péritoine lorsqu'il pratiqua des injections iodées dans des sacs herniaires ou des hydrocèles congénitaux, crut devoir agir de la même façon sur un enfant de cinq mois affecté d'hydrorachis. Deux injections furent, à trois semaines d'intervalle, poussées dans le sac, sans amener le moindre accident.

M. Lenoir. Le traitement mis en usage par M. Chassaignac ne peut être qu'exceptionnel. En effet, en dehors des conditions où se trouvait l'enfant traité par notre collègue, l'opération eût été irrationnelle. Ici la tumeur a un pédicule fort étroit; peut-être même ce dernier était il oblitéré. Supposez au contraire le pédicule perméable, et alors vous vous trouverez dans les conditions analogues à celles du chirurgien qui opère une hydrocèle congénitale. Qu'on ne dise pas que les injections iodées pratiquées dans des sacs herniaires sont inoffensives; ne sait-on pas qu'Auguste Bérard, en pratiquant une injection iodée dans ces circonstances, vit son malade succomber à une péritonite?

M. Guersant attache une grande importance au fait rapporté par M. Chassaignac; lui-même a fait un certain nombre d'opérations de ce genre, mais toujours sans succès. Il désirerait que M. Chassaignac fît revenir l'enfant à la Société de Chirurgie. Ici le fait n'est pas douteux, la tumeur a disparu, mais il reste une division anomale du rachis. Il faut voir ce que cette anomalie va devenir si la tumeur ne se reproduit pas.

M. Danyau a vu un certain nombre d'hydrorachis. Dans tous ces cas, la peau était mince, transparente, comme épidermique au centre, et présentait tous ces caractères à la circonférence. La pression exercée sur celle-ci amène quelquefois des convulsions. D'après la description même donnée par M. Chassaignac, M. Danyau se demande si notre confrère n'aurait point eu affaire à un kyste plutôt qu'au *spina-bifida*..

M. Chassaignac répond à M. Lenoir qu'avant la tentative qu'il vient

de faire il partageait toutes ses appréhensions. Il n'a été porté à agir que par la crainte de la mort prochaine de cet enfant et par cette circonstance de la possibilité d'empêcher le liquide de l'injection de pénétrer dans le rachis. D'ailleurs, il espérait que l'injection iodée ne développerait point d'inflammation vive. Pour ce qui est des objections faites par M. Danyau, M. Chassaignac fait observer que M. Dubois, qui avait vu l'enfant avant-hier, n'avait eu aucun doute sur la nature de la maladie. Revenant alors sur les caractères assignés plus haut à la tumeur, il conclut à la guérison d'un véritable hydrorachis obtenue par une injection iodée. Suivant le désir de M. Guersant, l'enfant sera de nouveau présenté à la Société.

M. Demarquay. Les conditions anatomiques de la tumeur opérée par M. Chassaignac rendent compte du succès qu'il a obtenu. En effet, cette dernière est située à l'extrémité inférieure du rachis formé par le cul-de-sac méningien qui existe dans ce point. Aucune portion du système nerveux n'entre dans sa composition; elle est pédiculée, et ce pédicule peut être comprimé par la pulpe du doigt. On comprend parfaitement qu'une injection iodée ne pénétrant pas dans le rachis, et amenant là une exsudation plastique plutôt qu'une véritable inflammation, l'enfant ait guéri sans accident.

M. Larrey rappelle que M. Laborie a publié dans les *Annales de la Chirurgie* un travail spécial sur l'hydrorachis, et tracé les indications qui peuvent permettre de recourir au traitement chirurgical, en considérant la mobilité de la tumeur, sa transparence et la structure normale de la peau comme des caractères favorables à l'opération. Or ces caractères semblaient réunis chez l'enfant que M. Chassaignac vient de présenter à la Société.

Voici le résumé de son travail; l'hydrorachis peut être opéré:

1° Si l'enfant paraît bien constitué et si la tumeur est unique;

2° Si la tumeur est pédiculée;

3° Si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée et qu'elle ne soit point ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur;

4° Si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleurs;

5° Si les mouvements imprimés à la douleur sont indolores;

6° Si la tumeur est franchement fluctuante.

Au contraire, il faudra s'abstenir :

1° Quand l'enfant présente quelque autre vice de conformation ;

2° Quand la tumeur présente une base très large, surtout verticalement ;

3° Quand la peau qui revêt la tumeur est incomplétement formée et ulcérée ;

4° Quand la tumeur paraît très sensible à la pression, et surtout quand cette sensibilité se révèle énergiquement lorsqu'on exerce la pression sur la partie la plus saillante de la tumeur ;

5° Quand on ne peut faire exécuter à la tumeur aucun mouvement sans déterminer de la douleur ;

6° Quand la fluctuation se perçoit inégalement et qu'elle arrive d'une manière plus immédiate au doigt de l'observateur, si on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur.

M. Boinet. L'opinion qui arrête la plupart des chirurgiens dans l'emploi des injections iodées est une opinion que je crois fausse ; c'est l'opinion que ces injections développent des inflammations. Eh bien! jamais ces injections ne développent d'inflammation suppurative ; s'il n'y a pas pénétration d'air, elles amènent l'épanchement d'un liquide séreux plus abondant, qui avec le temps est repris par l'absorption, sans laisser aucune adhérence dans les membranes séreuses.

M. Marjolin. Si les injections iodées ne déterminent point d'inflammation, comment alors expliquer la rougeur qui survient dans les enveloppes du testicule, le gonflement et l'état douloureux de cette glande ? Ne sait-on pas que plusieurs fois les injections iodées ont amené la formation du pus dans les parties où elles ont été faites même avec grand soin ?

M. Larrey. Je ne voudrais pas m'écarter du point de départ de cette discussion, ni du sujet spécial qui s'y rattache ; mais, puisque la question des injections iodées vient de se reproduire, elle me permet de soumettre une remarque à la Société.

Tous les chirurgiens, sans doute, sont intéressés, dans leur pratique, au succès des injections d'iode, et, pour ma part, j'en ai déjà fait un assez fréquent usage ; mais l'avenir de cette méthode thérapeutique pourrait bien ne pas réaliser tout ce qu'elle promet encore à présent. Déjà même divers accidents seraient à signaler, si on pouvait en réunir les observations éparses.

Nous savons, par exemple, que notre honorable collègue M. Boinet et M. Abeille, ex-médecin au Val-de-Grâce, ont attribué de grands avantages aux injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Reste à savoir si les résultats définitifs confirmeront d'une manière générale les succès primitifs que l'on a partiellement obtenus par cette méthode. Il est permis d'en douter pour quelques cas au moins; et il y a à craindre, malgré toutes les précautions prises, soit la formation nouvelle de l'abcès par congestion, soit l'aggravation elle-même du mal vertébral, et sa terminaison mortelle par la suppuration colliquative ou par l'altération profonde des tissus. Tel a été le sort de deux malades observés par nous au Val-de-Grâce, tel sera peut-être celui de quelques autres observés ailleurs, si on n'apporte pas une grande réserve dans l'emploi de cette médication, quels que soient d'ailleurs ses avantages.

M. Forget. Au point où en est arrivée cette discussion et d'après ce qui a été dit, il semblerait que les injections iodées fussent appelées à guérir partout et toujours, et qu'elles dussent être à l'abri des accidents communs à la plupart des autres méthodes de traitement. Je ne puis croire que telles soient les prétentions de ceux qui la préconisent, et notamment de M. Boinet; l'infaillibilité n'est dévolue à aucune des puissances thérapeutiques dont nous faisons usage. Qu'on cesse donc de promettre et d'espérer des préparations iodées plus qu'elles ne peuvent donner; il arrivera pour elles ce que nous voyons se produire pour tous les autres agents curatifs, c'est à-dire qu'elles guériront dans certains cas, et que, dans d'autres, elles échoueront : c'est là la loi commune à laquelle l'expérience a prouvé qu'elles n'ont pas le privilége de se soustraire.

Revenant sur le fait communiqué par M. Chassaignac, je m'associe, dit M. Forget, aux vues pratiques si bien exposées par M. Lenoir. Il serait dangereux de généraliser l'emploi des injections iodées au traitement du spina-bifida, surtout en se fondant sur un fait dans lequel le diagnostic anatomique n'est pas à l'abri de toute contestation. En effet, M. Danyau a déjà fait observer que les caractères extérieurs de la tumeur ne semblaient pas avoir été ceux qu'il a constamment observés chez plusieurs enfants atteints de cette maladie. En outre, M. Chassaignac a dit qu'en comprimant la tumeur il n'avait pas vu qu'elle diminuât sensiblement de

volume, ce qui n'aurait pas manqué s'il y avait eu une communication bien évidente entre elle et la cavité arachnoïdienne. Peut-être, ajoute M. Forget, cette communication, réelle primitivement, avait-elle déjà cessé par le fait d'une oblitération spontanée et antérieure à l'injection, auquel cas celle-ci eût porté sur un véritable kyste; l'extrême étroitesse du cercle osseux limitant le pédicule de la tumeur tend à justifier cette manière de voir, et, de la sorte, on s'expliquerait l'innocuité de l'injection dont le liquide n'aurait pas pénétré dans le canal rachidien.

M. Demarquay. M. Forget, en combattant M. Boinet à propos des avantages très grands qu'il trouve dans les injections iodées et de l'innocuité de ces dernières, a rappelé la pratique de M. Blandin dans les derniers temps de sa vie et fait appel à mes souvenirs. Je dirai à cet égard que ce chirurgien n'était pas très partisan des injections iodées : il ne les rejetait pas, mais il ne trouvait pas que dans le traitement de l'hydrocèle elles eussent la supériorité sur les injections vineuses; il a fait des essais comparatifs sur des malades affectés de double hydrocèle; je l'ai vu injecter d'un côté de la teinture d'iode et de l'autre du vin; et, quant au résultat final, il m'a paru être le même.

Relativement à l'innocuité de ces injections, je dirai que je ne partage en rien l'opinion de M. Boinet. J'ai été témoin de plusieurs faits qui prouvent, au contraire, qu'elles peuvent amener des accidents sérieux. Il y a cinq ou six ans, j'allai aider M. Blandin dans une opération d'hydrocèle double qu'il devait pratiquer au général P.... M. Blandin lui avait déclaré qu'il n'éprouverait aucune douleur, qu'il ne ferait point d'injection vineuse, mais une injection iodée, qui amènerait également la guérison sans avoir aucun des inconvénients du vin. Quelques injections faites par lui à l'hôpital avaient été en effet presque sans douleur. Une certaine quantité de teinture d'iode, dans la proportion de 60 grammes de teinture pour 40 grammes d'eau, fut poussée dans la tunique vaginale. Mais à peine le liquide avait-il pénétré qu'une douleur vive se manifeste dans les bourses, le cordon testiculaire et se répand dans toute la cavité abdominale. Bien que le malade ne portât aucune hernie et qu'une compression bien faite eût été exercée à l'orifice externe du canal inguinal, nous crûmes un instant au passage du liquide dans la cavité péritonéale. En effet, il survint immédiatement après cette

injection une décoloration et une altération profonde des traits, le corps se couvrit de sueur froide et visqueuse, le pouls devint petit, filiforme; il survint des nausées, des vomissements avec un sentiment d'angoisse et de malaise considérable. Cette scène, qui nous inquiéta vivement, dura deux heures environ, et tout rentra dans l'ordre.

Je citerai encore un fait qui prouve que les injections iodées peuvent dans certaines circonstances amener les mêmes accidents que les injections vineuses.

Il y a dix-huit mois, j'ai vu un chirurgien distingué pratiquer une injection iodée dans la tunique vaginale; le liquide passa en partie dans le tissu cellulaire des bourses; une gangrène survint, et bientôt les deux testicules furent dépouillés de leur enveloppe naturelle; il fallut une opération autoplastique ingénieuse, comme ce chirurgien sait en faire, pour recouvrir les testicules de son malade. En rapportant ces faits, je n'ai point la prétention de combattre les injections iodées, mais de prémunir, si je le puis, certains esprits contre des illusions que des revers viendraient sûrement dissiper.

— M. Danyau présente un placenta qui offre plusieurs dispositions remarquables.

Bien que ce placenta appartînt à un enfant solitaire, il se composait de deux lobes presque égaux, réalisant ainsi la disposition normale du placenta de l'espèce singe. Ces deux lobes étaient distants l'un de l'autre par un intervalle de trois travers de doigt rempli par les membranes.

Le cordon est implanté sur la circonférence du lobe le plus grand; à partir de ce point d'insertion, les vaisseaux destinés au lobe le plus petit s'écartent les uns des autres et gagnent dans l'épaisseur des membranes la circonférence de la masse placentaire dans laquelle ils doivent se distribuer. C'est au milieu de ces vaisseaux et dans l'intervalle qu'ils laissent entre eux que les membranes se sont rompues pendant le travail, mais de manière qu'aucune branche artérielle ou veineuse n'ait été intéressée : aussi l'enfant est-il né vivant. Cette disposition des vaisseaux dans les membranes, dont Benckiser a signalé les dangers quand la rupture de la poche amniotique a lieu précisément au niveau de cette distribution anomale, n'expose cependant pas toujours aux conséquences

fâcheuses que l'élève du professeur Naegelé a fait connaître. Le cas présenté par M. Danyau n'est pas le seul où les vaisseaux aient été ainsi épargnés. Mais il est remarquable par la présence tout autour de l'ouverture des membranes d'un cercle de vaisseaux artériels et veineux formant une sorte d'ourlet très saillants.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 2 *avril* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

MM. Homolle et Quevenne font hommage à la Société de leur travail sur la digitaline.

— M. Boinet, à propos du procès-verbal, rappelle que la *Gazette des Hôpitaux*, dans un des numéros du mois de février 1849, a publié une observation de spina-bifida guéri par deux injections iodées. Il s'agit d'une jeune fille de treize ans ayant sur le sacrum une tumeur de neuf pouces de circonférence et trois pouces de hauteur, avec des parois minces. Cette tumeur était accompagnée de paralysie et d'incontinence recto-vésicale. La guérison du spina-bifida fut obtenue par deux injections iodées, mais il resta toujours du trouble de l'intelligence accompagné de paralysie et d'incontinence recto-vésicale.

— M. Boinet communique à la Société quatre observations de hernies inguinales successives qu'il a eu occasion d'observer chez des vieillards. Chez ces malades, M. Boinet est parvenu, bien que les phénomènes de l'étranglement fussent assez intenses, à réduire leur hernie par un taxis prolongé et secondé par des inhalations de chloroforme pendant un temps assez long. Notre collègue pense que cette manière de faire est destinée, si elle est bien appliquée, à mettre beaucoup de malades à l'abri de l'opération de la herniotomie.

M. Demarquay. Je ferai remarquer à M. Boinet que l'application des anesthésiques comme moyen de rendre plus efficace le taxis dans le cas d'étranglement herniaire est un fait acquis à la science;

depuis l'introduction de cet agent thérapeutique dans la chirurgie pratique, il n'est point de chirurgien qui n'emploie souvent le chloroforme dans le même but que M. Boinet; les mémoires et les thèses qui ont été publiés sur l'application des agents anesthésiques à la pratique de la chirurgie relatent un certain nombre de faits d'étranglement herniaire vaincus par le taxis secondé de l'action de l'éther ou du chloroforme.

Mais, quant à la pensée que le taxis prolongé secondé de l'action du chloroforme peut mettre la plupart des malades à l'abri de la herniotomie, c'est là, suivant moi, une idée trop absolue, contre laquelle je proteste. Sans doute, le chloroforme peut être utile; mais, comme seul il est impuissant et qu'il a besoin d'être secondé par un taxis poussé trop loin, ce taxis ainsi fait devient un danger dans certaine circonstance bien déterminée. M. Boinet aurait dû nous dire dans quelle espèce de hernie il avait agi, à quelle époque de l'étranglement il avait appliqué sa méthode de traitement; si notre collègue ne détermine point nettement ces deux points, sa communication trop absolue, loin d'éclairer le traitement des hernies, peut au contraire devenir funeste en donnant l'espoir de faire céder tout étranglement herniaire par un taxis prolongé aidé de l'action du chloroforme.

M. Huguier. Le chloroforme agit comme la syncope; il relâche les tissus et peut favoriser la réduction d'une hernie. Tout le monde d'ailleurs emploie ce moyen avant de pratiquer l'opération de la hernie étranglée; mais il échoue souvent, et cela doit être. Il est tel étranglement contre lequel le taxis seul ou aidé du chloroforme ne peut rien. On rencontre des hernies dont le débridement une fois levé ne continue pas moins d'être irréductible; tout récemment, M. Huguier fut obligé de faire trois incisions sur les parties exerçant la constriction pour obtenir la réduction. Ces difficultés se rencontrent surtout chez les sujets jeunes, vigoureux et porteurs de petites hernies bien serrées. Dans ces cas, le chloroforme secondé du taxis réussit rarement; tandis que dans les hernies d'un certain volume, se produisant par un large canal, la réduction s'obtient assez facilement.

**Appendice au procès-verbal de la précédente séance.**

M. Boinet. Mon intention n'était point de prendre part à cette

discussion ; mais j'entends émettre des idées si contraires à la vérité concernant l'action de la teinture d'iode sur nos tissus que je ne puis ne pas rappeler des faits qui sont connus de tous ceux qui ont fait usage convenablement des injections iodées. Une opinion généralement admise, mais qui est une erreur, c'est que les injections iodées déterminent souvent des inflammations graves, suppuratives, gangréneuses, et qu'il y a par conséquent danger à les employer. Plusieurs fois déjà j'ai cherché à combattre cette erreur et à montrer que les effets immédiats et consécutifs des injections iodées étaient différents suivant les tissus sur lesquels on les appliquait, ensuite suivant la concentration plus ou moins grande du liquide iodé. Ainsi plusieurs chirurgiens les accusent de produire des inflammations vives, des gangrènes dans l'hydrocèle; je n'hésite pas à le croire, puisqu'ils le disent; mais je soupçonne fort que ces injections n'ont pas été faites convenablement. M. Chassaignac lui-même nous en fournit la preuve; il a éprouvé des accidents avec les injections iodées dans l'opération de l'hydrocèle, mais il ajoute que ces accidents n'ont jamais eu lieu que lorsqu'il a fait usage d'injections composées de teinture pure d'iode. Mais lorsqu'il a employé la formule de M. le professeur Velpeau, il n'a jamais vu survenir les mêmes accidents. En effet, dans l'hydrocèle les injections iodées formulées convenablement et employées de même produisent tout au plus une inflammation adhésive et ne vont jamais au delà; je dis produisent tout au plus une inflammation adhésive, car il y a des cas, et nous en avons observé, où après l'injection iodée les parois de la tunique vaginale n'adhèrent pas entre elles, et où la cavité vaginale est parfaitement libre, accomplissant ses fonctions comme dans l'état normal. Ce point, à savoir : si l'injection iodée produit dans l'hydrocèle une irritation qui va jusqu'à l'inflammation adhésive, ne nous paraît pas résolu d'une manière positive, et nous prions nos collègues de vouloir bien le vérifier toutes les fois qu'ils auront l'occasion d'examiner des tuniques vaginales dans lesquelles on aura injecté de la teinture iodique; seulement, nous leur recommandons d'y apporter la plus grande attention. Car dans ces cas les parois de la tunique vaginale sont tellement contiguës, qu'on pourrait croire, à première vue, qu'elles sont adhérentes. D'ailleurs, pour nous rendre compte des phénomènes primitifs et consécutifs qui naissent sous l'action

de la teinture d'iode injectée dans une cavité séreuse, examinons ce qui a lieu lorsqu'on applique cette même teinture sur la peau. Ici on opère à ciel ouvert, et tout est facile à constater; les phénomènes qui surviennent sont patents. Sont-ils ceux de l'inflammation ou bien tout simplement ceux d'une irritation portée aussi loin que possible, et jusqu'aux limites de l'inflammation? Ainsi après plusieurs couches de teinture d'iode sur la peau, on remarque, non pas immédiatement, mais au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la finesse de la peau et la sensibilité du malade, que celle-ci se sèche, se parchemine; puis l'épiderme se soulève, s'écaille, et un suintement de sérosité a lieu, suintement qui se renouvelle à chaque nouvelle application, etc. Il est probable que, si on répétait plus longtemps ces applications, on arriverait à produire de l'inflammation et tous ses phénomènes. Dans ce cas donc il y a tout simplement augmentation forcée, exagérée de l'action naturelle de la peau. Le suintement qui a lieu n'est qu'un liquide aqueux, séreux, qui probablement a beaucoup d'analogie avec le sérum du sang, mais qui n'est pas de la lymphe plastique et ne le deviendrait qu'autant qu'on arriverait plus près de ce qu'on appelle l'inflammation. On sait que lorsque l'irritation a dépassé certaines limites elle devient inflammation, et celle qui, restreinte dans certaines bornes et privée du contact de l'air, reste adhésive devient suppurative si elle dépasse ces bornes. Ces phénomènes, que nous observons pour le tissu cutané, sont les mêmes pour les séreuses. Une injection iodée, dosée convenablement et injectée dans la tunique vaginale, dans le péritoine, n'est qu'un stimulant qui produit une irritation simple, insuffisante le plus souvent pour amener l'inflammation adhésive, mais assez grande pour produire une sécrétion et une absorption plus grandes. Dans ces cas, les injections iodées produisent donc une impression qui donne naissance à une action restauratrice. Sous l'influence d'une irritation modérée, les vaisseaux ne sont que peu modifiés; la sécrétion n'est pas encore de la lymphe coagulable, mais seulement de la sérosité. Si l'irritation est plus forte ou poussée plus loin, la sécrétion devient de la lymphe coagulable mêlée avec un peu de sérosité; l'irritation étant plus forte encore, la matière sécrétée est de la lymphe plastique, et ressemble à celle qui est produite dans la période adhésive de l'inflammation; et à mesure que l'irritation devient plus vive, une

nouvelle disposition modifie à chaque instant les vaisseaux et les amène à la période suppurative; la matière sécrétée subit donc ainsi des modifications constantes depuis le moment où elle n'est qu'un simple liquide extravasé jusqu'à celui où elle constitue la substance de nouvelle formation qui appartient en propre à la suppuration. Il est donc facile de voir maintenant que l'effet immédiat des modes d'action de la teinture iodée, suivant la concentration plus ou moins grande, est la formation de sécrétions qui varient suivant l'intensité plus ou moins grande de l'irritation, car il est probable que, lorsque les surfaces irritées forment du pus, ce sont les mêmes vaisseaux qui le sécrètent; seulement, le mode d'action des vaisseaux est modifié d'une manière fort remarquable.

Maintenant, quels sont les phénomènes qui ont lieu dans une tunique vaginale après une injection iodée? Celle-ci stimule donc plutôt qu'elle n'irrite; car si elle dépasse le stimulus, elle devient une cause d'irritation. Si l'action stimulante n'est pas assez forte pour rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion, il y a récidive, et l'hydrocèle se reproduit; si cette action est convenable, la guérison a lieu, et l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption a lieu; si, enfin, cette action dépasse les limites d'un stimulus et si elle produit une inflammation, alors naissent les phénomènes de l'inflammation adhésive, etc. Avec l'injection iodée, nous sommes, pour ainsi dire, maîtres de faire naître le degré convenable d'irritation. Mais une question qui n'est pas encore résolue pour tout le monde, c'est la véritable théorie de la guérison de l'hydrocèle.

Les idées attachées à la méthode des injections sont qu'elles produisent l'adhérence des parois du sac entre elles et au testicule par première intention. Cet effet peut avoir lieu quelquefois sans aucun doute; mais c'est lorsque le liquide injecté est trop concentré, c'est-à-dire trop irritant, probablement qu'il se forme alors quelques adhérences; mais quelques observations récentes ont montré d'abord que l'adhérence générale et même partielle du sac est loin d'être la conséquence commune de cette opération, qui guérit en modifiant l'action morbide des vaisseaux sécréteurs, modification dont la nature n'est point connue. Le succès de l'opération n'est nullement en proportion de la somme d'inflammation produite, bien qu'une certaine quantité d'irritation, d'inflammation modérée

paraisse indispensable pour que l'effet curatif soit produit ; et l'inflammation causée par l'injection iodée va rarement jusqu'à la période adhésive, et ne la dépasse jamais quand le liquide injecté est dosé convenablement. L'observation clinique peut d'ailleurs, jusqu'à un certain point, donner l'explication de la guérison. Que produit l'injection ? L'exsudation prompte d'une grande quantité de sérosité et de lymphe coagulable, ou simplement de sérosité, ou bien de lymphe coagulable seule. Souvent la tunique vaginale devient plus distendue qu'elle n'était avant la ponction ; cet épanchement considérable d'un liquide nouveau, dû à l'action de l'injection sur les parois de la tunique vaginale, distend, écarte, éloigne l'une de l'autre et du testicule ces parois du sac vaginal, de façon que ce nouveau liquide tient séparés les uns des autres les points de cette membrane séreuse pendant douze ou quinze jours et même plus longtemps, et dans la période où les phénomènes de la période adhésive, c'est-à-dire les adhérences, devraient se former. La tunique vaginale étant très élargie dans de telles circonstances, son affaissement ne pouvant avoir lieu à cause du liquide qu'elle contient, il est donc, sinon impossible, au moins très difficile, de voir s'établir des adhérences, car le contact ne pourrait être assez uniforme pour mettre toutes les parties de la cavité en rapport réciproque, et quand le liquide résorbé permet aux parois de la cavité de se mettre en contact, les phénomènes de la période adhésive de l'inflammation ont disparu depuis longtemps.

On m'a encore objecté, comme preuve de l'inflammation produite par les injections iodées dans la tunique vaginale, la douleur si vive que ressentent les malades, le gonflement du testicule, sa sensibilité, la fièvre, les vomissements, etc. Mais tous ces phénomènes, qui existent, à la vérité, ne sont jamais si sensibles, pour la plupart, qu'au moment de l'injection, et avant même que l'inflammation ait eu le temps de se développer ; ils sont dus à l'impression du liquide injecté sur le testicule et sur son cordon, impression qui retentit jusque sur les côtés de la colonne vertébrale, là où l'injection n'a pas pénétré; où elle n'a pas pu par conséquent produire de l'inflammation. Cette douleur gravative du testicule, qui fait naître les nausées, la douleur dorsale et la douleur lombaire, ne peut donc être attribuée à l'inflammation. Quant à la tuméfaction considérable qui suit l'injection pendant plusieurs

jours, pendant plusieurs semaines, elle est considérable, et, à raison de la douleur, on pourrait croire qu'elle a son siége dans le testicule ; mais elle a pour cause principale l'exsudation du liquide épanché dans la tunique vaginale sous l'influence de l'irritation produite par l'injection. Au bout d'un certain temps, cette augmentation de volume disparaît peu à peu par l'absorption de la sérosité qui a été sécrétée, et le malade est guéri.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 9 avril* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Demarquay donne lecture du travail de M. Letenneur, de Nantes, ayant pour titre : *Communication entre l'artère brachiale au pli du bras et la veine collatérale interne.*

Au mois de février 1850 le nommé X..., homme de peine, âgé de soixante-cinq ans, peu intelligent, s'adonnant avec excès au vin et vivant même dans un état habituel d'ivresse, fut saigné pour une maladie aiguë. La saignée fut pratiquée au bras gauche sur la veine médiane basilique. Cet homme est très maigre et a tout le système veineux superficiel très développé ; les veines du bras, notamment, sont faciles à atteindre; enfin, celle qui a été choisie pour la saignée n'est pas directement placée sur le trajet de l'artère, mais un peu en dehors.

Comment les choses se passèrent-elles ? La disposition des vaisseaux me porte à croire que le malade, par un mouvement brusque et violent, a été lui-même au-devant de la lancette. Quoi qu'il en soit, comme cette circonstance n'avait à mes yeux aucun intérêt, j'ai cru prudent de ne point faire à ce sujet de questions au malade, qui ne se doute pas de la gravité de son état, et chez lequel d'ailleurs il était inutile d'éveiller un sentiment de défiance contre un médecin honorable et instruit.

Je sais seulement que la douleur fut très vive au moment de la saignée, que le sang coula abondamment et avec force, et que la bande fut appliquée avec grand soin par le médecin, qui vint lui-même l'enlever quarante-huit heures après.

L'ouverture de la peau était déjà cicatrisée; mais le pli du coude et une partie du bras et de l'avant-bras devinrent le siége d'un gonflement considérable et mal circonscrit d'abord, mais qui bientôt se limita, diminua d'étendue et se réduisit au volume d'une petite pomme. A cette époque, six semaines environ après la saignée, j'eus occasion de passer près de la maison de cet homme, qui me pria d'entrer et me fit voir son bras. La tumeur était dure, non fluctuante, placée sous la cicatrice de la saignée, qui en occupait le sommet; on y sentait des battements isochrones à ceux des artères, avec un mouvement d'expansion à chaque battement; on distinguait aussi très bien un frémissement profond. La veine médiane basilique paraissait noyée dans la tumeur.

Je recommandai au malade un repos absolu, et réussis par quelques paroles à lui donner sur l'issue de cet accident une confiance qui, je l'avoue, était loin de mon esprit.

Mais tout se passa contrairement à mes conseils et à mes prévisions; car le malade, au lieu de garder le repos, se livra à son travail habituel, dans lequel son bras était exposé sans cesse à des mouvements, et cet excès d'imprudence n'empêcha pas la tumeur de disparaître si complétement que six mois après la saignée j'appris par un parent du malade qu'il était entièrement guéri. Cette heureuse nouvelle me fut confirmée par le médecin lui-même, qui m'avait auparavant confié ses inquiétudes.

Je me felicitais de ce résultat et me proposais cependant de vérifier moi-même le fait, lorsque je reçus le fascicule des mémoires de la Société de Chirurgie contenant le travail de M. Follin sur une communication entre l'artère brachiale et les veines profondes du pli du bras.

La lecture de ce travail fixa mon attention et augmenta le désir que j'avais de constater si la guérison de l'anévrisme que j'avais vu était bien réelle ou n'était qu'apparente. L'occasion ne tarda pas à se présenter, et je reconnus un fait ayant la plus grande ressemblance avec celui observé par M. Follin.

Je n'eus pas le loisir, ce jour-là, d'examiner très longtemps le malade. Cependant, pour bien faire comprendre la marche de la maladie, il importe de rappeler ce qu'il me fut donné d'observer alors.

Il n'y avait au pli du coude ni tumeur ni gonflement; la veine

médiane basilique était mobile et ne présentait rien d'anomal; on sentait au-dessous le frémissement caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux; les battements de l'artère étaient faciles à percevoir et rien n'était changé dans les rapports de position de ce vaisseau avec les parties voisines. Le doigt, placé en dehors de l'artère, ne sentait le frémissement que d'une manière éloignée et médiate, et la pression ne le faisait pas cesser; tandis qu'en dedans, où le frémissement avait le plus de force, on pouvait le diminuer et le faire cesser à volonté par la pression; enfin, la veine collatérale interne ne paraissait pas avoir notablement augmenté de volume.

Au mois de février dernier (1851), un an après les premiers accidents, voici quel était l'état du malade :

L'aspect du bras ne présente au premier abord rien d'anomal, si ce n'est, entre l'épitrochlée et le bord interne du muscle biceps, un gonflement qu'on apprécie surtout en comparant les deux bras.

La peau a sa coloration naturelle; elle est flasque et n'a aucune adhérence morbide avec les parties sous-jacentes.

Les veines superficielles sont très apparentes; la médiane basilique est mobile, et, comparée à celle du doigt, on voit que son volume n'a pas augmenté. Sur le trajet de cette veine, la peau porte deux cicatrices rapprochées de grandeur ordinaire ; rien n'indique quelle est celle qui correspond à la dernière saignée. Je dirai de suite, pour n'y plus revenir, que les veines superficielles ne sont le siége d'aucun bruit, d'aucun phénomène anomal. Sur le trajet de l'artère brachiale, au-dessus des cicatrices des deux saignées, on voit toute la partie que j'ai dit avoir un volume un peu exagéré être soulevée à chaque battement artériel.

Lorsqu'on applique la main sur cette région, on sent un frémissement d'une force extraordinaire, incomparablement plus prononcé que je ne l'avais trouvé six mois auparavant. Ce frémissement chatouille la main, qui semble n'être séparée que par une gaze légère du point où se produit ce phénomène.

Ce frémissement, qui a son maximum d'intensité au moment de la diastole artérielle, diminue pendant la systole; mais il n'y a jamais de repos complet.

On sent le frémissement le long des vaisseaux, jusqu'au tiers su

périeur du bras ; il cesse à l'avant-bras, à 5 centimètres environ au-dessus du pli du coude.

Si, au lieu d'appliquer la main à plat sur la région malade, on cherche à circonscrire et à mieux apprécier le mal en palpant avec l'extrémité des doigts, on distingue une tumeur molle, dépressible, faisant peu de saillie à l'extérieur, parce qu'elle est comprimée par l'aponévrose. Cette tumeur recouvre l'artère brachiale en avant, et s'étend en dedans le long de sa face interne. Elle commence immédiatement au-dessus des cicatrices des saignées, conserve à peu près le même volume dans la hauteur de 3 centimètres, après quoi elle va s'amincissant et disparaît avant d'avoir atteint le tiers moyen du bras.

Lorsqu'on comprime cette tumeur en dedans de l'artère, dans le point précisément ou le frémissement est le plus fort, on l'amoindrit et même on le fait disparaître. En dehors on n'obtient par la même manœuvre aucune modification appréciable. Si, en pressant d'avant en arrière, on déprime la tumeur veineuse dans une profondeur de $\frac{1}{2}$ centimètre au moins, on sent au-dessous l'artère, dont le volume est plus considérable que du côté opposé ; mais ce n'est qu'une dilatation fusiforme sans poche anévrismale. Les battements de l'artère sont beaucoup plus énergiques que du côté sain.

La compression de l'artère brachiale au-dessus de l'anévrisme fait disparaître le frémissement.

En appliquant une bande comme pour la saignée, mais sans interrompre la circulation artérielle, la tumeur augmente de volume, devient plus élastique, et le frémissement conserve toute sa force.

Si au contraire la bande est appliquée au-dessous du pli du bras, les battements artériels sont plus facilement appréciables, la tumeur s'affaisse un peu, et le frémissement diminue.

En posant l'oreille sur la région malade, on entend un bruit de souffle à double courant, l'un très fort et prolongé, correspondant à la diastole artérielle; l'autre très faible et de peu de durée, correspondant à la systole.

Ce bruit de souffle s'entend jusque dans le creux de l'aisselle. Je ne l'ai pas distingué dans la sous-clavière. A l'avant-bras on le retrouve dans l'artère radiale, mais bien faible.

Lorsque le bras est en repos, le malade n'y éprouve jamais de douleur; mais dans une extension forcée, quand par exemple il s'agit d'enlever perpendiculairement un fardeau placé à terre, une douleur assez vive se fait sentir, et à l'instant la force musculaire paraît anéantie.

Si l'avant-bras est fléchi ou demi-fléchi, les mouvements de la main sont aussi forts, et peuvent être soutenus presque aussi longtemps que du côté droit.

Si le malade marche le bras pendant le long du corps, la main et le bras s'engourdissent promptement. La plus légère flexion suffit pour faire disparaître cet accident, qui n'a jamais lieu lorsque la main est placée dans la poche du pantalon.

Enfin il y a entre la main droite et la main gauche une différence très remarquable de température. Le malade ressent lui-même dans la main gauche un froid habituel très appréciable pour l'observateur, surtout sur le dos de la main, qui a une coloration un peu bleuâtre.

En résumé, il y a eu chez l'individu qui fait le sujet de cette observation :

1° Une plaie faite par la lancette ayant intéressé la veine médiane basilique dans deux points opposés, l'artère brachiale et la veine collatérale interne.

2° Cette saignée a été suivie d'un anévrisme faux primitif.

3° Le sang épanché, en se coagulant au niveau de la blessure, a formé une tumeur circonscrite, véritable anévrisme faux consécutif dont la gravité a diminué graduellement et a fini par disparaître, grâce à l'addition successive de nouvelles couches fibrineuses.

4° La veine médiane basilique, éloignée des vaisseaux profonds par ces caillots, a pu se cicatriser isolément.

5° La tumeur solide résultant de l'oblitération de la poche anévrismale a été résorbée et n'a pas laissé de traces.

6° Il est resté une simple communication entre l'artère et la veine collatérale interne, dont les ouvertures ont contracté par leurs bords de solides adhérences, ou sont unies par un canal intermédiaire, qui alors serait très court.

7° Cette communication n'a pas dans les premiers temps modifié d'une manière appréciable le volume des vaisseaux; mais il a

peu à peu augmenté. Ce changement est surtout remarquable pour la veine, qui, six mois après la saignée, avait encore conservé ses rapports habituels avec l'artère, au côté interne de laquelle elle doit être accolée, et qui aujourd'hui est assez dilatée pour recouvrir l'artère dans toute sa face antérieure, et l'envelopper par conséquent dans la moitié au moins de sa circonférence.

La marche de cette maladie, toujours croissante jusqu'à ce jour, ne permet pas de croire qu'elle restera stationnaire. Comment se terminera-t-elle? Il est difficile de le prévoir. Si cependant il était permis d'émettre une opinion à ce sujet, je dirais que les parois de la veine, se distendant de plus en plus, finiront probablement par se rompre sous l'effort du sang artériel en lui livrant une issue dans le tissu cellulaire. Si la maladie entrait dans cette phase nouvelle, l'intervention de la médecine opératoire deviendrait indispensable.

M. Demarquay. L'observation de M. Letenneur soulève une question fort importante, celle de la curabilité de l'anévrisme artérioso-veineux. J'ai recueilli, il y a quelques mois, à la Pitié, une observation qui a de l'intérêt sous ce rapport. J'ai vu, dans cet hôpital, un infirmier, nommé Divroig, âgé de quarante-quatre ans, fort vigoureux, qui a été saigné au bras gauche il y a cinq ans; la veine basilique a été piquée. La saignée, qui, au dire de cet homme, a très bien coulé, a été pansée comme d'habitude, et il ne s'occupa plus de l'opération qui lui a été faite que deux ans après. A cette époque, en effet, en jouant avec une fille de service, celle-ci le prit par le bras gauche et sentit dans ce membre un bruit tout particulier dont elle fit part à Divroig; ce dernier, appliquant sa main droite sur le pli du coude gauche, sentit lui-même ce bruit, dont il fit constater la nature par plusieurs médecins.

Voici l'état du membre malade au mois de novembre dernier :

Il existe au pli du coude gauche une petite tumeur du volume d'une noix, au niveau de la médiane basilique. La main appliquée sur ce point perçoit un bruit continu, avec redoublement au moment de la diastole artérielle; ce bruit, comparable à celui d'un rouet, cesse d'être perceptible à la main et à l'aisselle; il s'entend à peu près dans toute l'étendue du membre supérieur; son maximum d'intensité est au pli du coude. La compression de l'artère le fait disparaître complétement. Quand on place le membre dans

une extension complète déterminée par la contraction musculaire, le susurrus est remplacé par un bruit sec, râpeux, en rapport avec la diastole artérielle. Les pulsations artérielles sont très faibles au poignet; je n'ai pu sentir celles de la cubitale dans ce point. Les veines de l'avant-bras ne sont pas développées d'une manière notable.

Le sujet de cette observation déclare n'éprouver aucune douleur, aucune gêne dans son bras gauche; devant moi il a soulevé des poids considérables : il n'a aucune conscience du susurrus dont son bras est le siége.

Voilà donc un homme porteur d'un anévrisme artérioso-veineux remontant à plusieurs années et dont il ignorait l'existence, qui n'en vaque pas moins à ses pénibles occupations d'infirmier.

M. Huguier appelle l'attention de ses collègues sur un malade actuellement dans son service qui est affecté d'un anévrisme artérioso-veineux de la cuisse gauche. Dans la prochaine séance, il donnera les détails de ce fait intéressant.

M. Lebert, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay, Lebert, rapporteur, lit son rapport sur l'observation d'une hydrocèle du cou présentée par M. Richard (Adolphe).

Les conclusions du rapport sont adoptées; le travail de M. Richard et le rapport de M. Lebert seront imprimés dans nos Mémoires.

— M. Huguier a eu occasion d'enlever une tumeur développée dans la région du cou et ayant son origine dans un des ganglions situés sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Plusieurs éléments composaient cette tumeur : il existait un kyste à sa partie supérieure, au centre du tubercule, et le reste était formé par les éléments hypertrophiés de la glande lymphatique. Ce fait démontre qu'une hydrocèle du cou peut prendre son origine dans un ganglion lymphatique.

— M. Maisonneuve met sous les yeux de la Société la vessie d'un vieillard qui a succombé, au bout d'un mois de séjour dans son service, aux suites d'un fongus de la vessie. Ce vieillard, au moment de son entrée à l'hôpital Cochin, était affecté d'incontinence d'urine; celle-ci était sanguinolente, des douleurs vives existaient dans la vessie. Un cathétérisme explorateur fait avec grand soin ne fit découvrir aucun calcul; M. Maisonneuve pensa alors à la

présence d'un fongus dans la vessie, bien que le cathéter ne lui en eût révélé aucun indice. A la mort du malade, il fut facile de voir que les présomptions de notre collègue étaient justes, car on trouva dans le bas-fond de la vessie une tumeur fongueuse, pédiculée, s'écrasant facilement et ayant le volume d'un œuf. La vessie est hypertrophiée ; les veines sont malades depuis longtemps. L'urètre est enflammé, et dans toute son étendue on trouve une matière blanchâtre pultacée.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 16 *avril* 1851.

### Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

#### Correspondance.

La Société reçoit le numéro d'avril du journal de M. Lucas Championnière.

— M. HUGUIER, à propos du procès-verbal, fait observer que M. Larrey, dans son travail sur l'adénite cervicale, a rapporté un certain nombre d'observations de kyste du cou ayant leur point de départ dans les ganglions lymphatiques.

— M. HUGUIER communique à la Société l'observation du malade affecté d'anévrisme artérioso-veineux dont il avait été parlé dans la dernière séance. M. Boullay, interne distingué, a recueilli les détails de ce fait sous les yeux de M. Huguier.

#### Anévrisme artérioso-veineux de l'artère fémorale gauche.

A l'hôpital Beaujon, au n° 277, est couché un malade nommé Hatté, âgé de trente-trois ans, filassier, habitant le Mans. Cet homme, bien constitué, jouissait habituellement d'une bonne santé. Il y a huit ans, ayant les cuisses écartées et tenant un couteau à la main droite, ce couteau lui échappa; il rapprocha subitement les cuisses pour l'empêcher de tomber à terre; la lame pénétra dans la cuisse gauche à son côté interne, un peu au-dessus du milieu de sa longueur; une hémorrhagie abondante eut lieu; elle fut arrêtée par la compression faite au milieu de la plaie; cette compression

fut maintenue pendant environ trois mois. Alors le membre revint à son état normal, pourtant le malade y sentait de l'engourdissement et des *battements* au niveau de la plaie; il conserva un peu de claudication.

Pendant les quatre années qui suivirent, le membre ne présenta rien de particulier, si ce n'est les *battements* qui persistaient toujours au niveau de la plaie; mais depuis deux ans un gonflement considérable se manifesta et alla toujours en augmentant; les veines superficielles de la totalité du membre se tuméfièrent; la marche cependant fut encore possible, même pendant un temps assez long, et sans douleur; mais dès que le malade s'arrêtait, il souffrait beaucoup et était obligé de s'aliter.

Il y a quatorze mois, on le soumit, au Mans, à huit reprises différentes, à l'électro-puncture; il éprouva du soulagement pendant deux mois et souffrit ensuite comme autrefois. Alors deux ulcères se montrèrent au côté interne de la jambe, l'un près de sa partie inférieure, l'autre un peu au-dessus de sa partie moyenne. Ce n'est que depuis ce traitement que le malade s'est aperçu qu'il portait dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur dans laquelle il sentit des battements.

En examinant le malade, on le trouve dans l'état suivant:

Teint pâle, jaunâtre; yeux cernés; tout le membre inférieur gauche présente une tuméfaction considérable, il est arrondi en pain de sucre et est augmenté d'un quart environ; les veines superficielles sont très dilatées, et cette dilatation des veines s'étend jusqu'à celles qui sont placées superficiellement à la partie inférieure de la région abdominale. Au côté interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus du milieu de sa longueur, se trouve une cicatrice linéaire, trace de la plaie faite par le couteau. Au-dessous de cette cicatrice, à 3 centimètres environ, sur le trajet de l'artère fémorale, s'en trouve une autre irrégulièrement arrondie résultant d'une ulcération déterminée par l'électro-puncture. Après cette opération, apparut, au niveau des piqûres faites pour la pratiquer, une tumeur, qu'on limite assez facilement en la saisissant entre les doigts; cette tumeur est soulevée par des battements isochrones à ceux du pouls. Quand on la touche, on y sent un frémissement, qui se continue supérieurement sur le trajet de l'artère jusqu'au niveau de l'arcade fémorale, mais qu'on ne sent pas au-dessous de

la tumeur ni dans le creux poplité. En l'auscultant, on entend dans la tumeur un double bruit de souffle, l'un continu, l'autre intermittent et isochrone au pouls. Ce double bruit se fait entendre dans toute l'étendue du membre, soit sur le trajet des vaisseaux, soit sur les autres, mais il est beaucoup moins prononcé au-dessous qu'au-dessus de la tumeur.

On voit donc, d'après le dire du malade, que la tumeur qui est au niveau de la cicatrice causée par l'électro-puncture se serait développée à la suite de cette opération, qui a été pour le moins inutile, si elle n'a pas aggravé la maladie.

On sent les battements artériels avec beaucoup plus de force dans l'artère poplitée gauche, qui paraît dilatée, que dans la même artère du côté droit.

La main appliquée sur le membre n'y constate pas bien évidemment de modification de température ; cependant, M. Demarquay a pu avec le thermomètre constater une augmentation de trois degrés et demi.

Dans la fosse iliaque gauche, à 2 centimètres environ au-dessus de l'arcade fémorale, suivant la direction de l'artère iliaque externe, on sent une tumeur arrondie, qu'on limite assez bien, qui s'étend en dedans presque jusqu'à la ligne médiane, et supérieurement jusqu'au niveau d'une ligne horizontale, qui passerait par l'épine iliaque antéro-supérieure. Quand on appuie assez fortement et à plat les doigts sur cette tumeur, on les sent et on les voit soulevés par des battements isochrones au pouls, battements qui ne semblent pas être dus au soulèvement d'une masse située sur une artère, mais bien à l'expansion d'une cavité recevant une forte colonne de sang artériel ; les doigts qui la saisissent sont, en effet, non-seulement soulevés, mais écartés du centre à la circonférence. Le bruit que l'on y perçoit au moment de l'expansion n'est ni aussi franc ni aussi sec que l'est celui que l'on entend dans la tumeur de la cuisse.

Quand on comprime assez fortement l'artère crurale, on fait disparaître dans la tumeur les battements et les bruits, et le malade éprouve alors un sentiment de gêne : il sent, dit-il, quelque chose qui remonte vers le cœur, et, si la compression était maintenue pendant un certain temps, on pourrait déterminer la syncope.

On remarque, en outre, trois ulcérations eczémateuses sur le côté interne de la jambe gauche.

En auscultant le cœur, on entend au premier temps un bruit de souffle très marqué.

L'état général du malade est bon, du reste; l'appétit bien conservé, les garde-robes faciles, les fonctions urinaires normales.

Le malade, ennuyé à l'hôpital, sort le 11 avril.

M. Marjolin aurait désiré que M. Huguier communiquât le fait d'une manière plus complète; il l'aurait rendu plus intéressant en nous faisant connaître les réflexions qu'il avait fait naître dans son esprit. Il aurait voulu que les détails de cette observation intéressante fussent plus circonstanciés. Ainsi, il n'indique pas le volume du membre malade; l'œdème de ce dernier, l'état variqueux des veines jusqu'au-dessus des pubis n'ont pas suffisamment attiré l'attention de M. Huguier. Les phénomènes acoustiques ont été un objet d'étude pour MM. Monneret et Marjolin. M. Marjolin ne trouve pas le bruit caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux aussi marqué chez le malade de M. Huguier, qu'il a eu occasion de l'observer plusieurs fois sur d'autres malades. Certaines positions du membre font varier l'intensité du bruit. On n'entend pas de frémissement dans les veines. La tumeur occupant la fosse iliaque gauche, et qui dépasse la ligne blanche, offre quelques caractères intéressants à signaler; elle présente une certaine consistance; on ne sent pas en ce point ce mouvement d'expansion caractéristique; en dehors, au contraire, la main est soulevée par la tumeur; on entend manifestement le bruit artérioso-veineux qui se propage jusque dans ce point. Le pouls est régulier, mais il y a une dilatation générale de l'arbre artériel. Il s'agirait de savoir si la dilatation artérielle est antérieure ou postérieure à l'anévrisme variqueux; car si la dernière hypothèse est vraie, on comprend alors toute l'importance du précepte de M. Roux, qui veut que l'on se hâte d'opérer les malades affectés d'anévrisme artérioso-veineux.

M. Demarquay. J'ai examiné le malade de M. Huguier, et j'ai cherché à déterminer la température du membre malade. J'ai constaté que la température de ce dernier était de 3 degrés 1/2 plus élevée que celle du côté opposé. Déjà, sur d'autres malades, j'avais fait des observations analogues. D'abord sur un malade du service de M. Velpeau, l'année dernière, et, plus récemment, sur le ma-

lade dont M. Monneret nous a donné l'histoire. Chez ce dernier, à plusieurs reprises, j'ai constaté plusieurs degrés d'élévation de la température animale dans le membre malade. M. Monneret, qui a répété l'expérience, a trouvé la même différence. Je n'ai eu jusqu'à présent qu'une seule fois l'occasion d'examiner un membre supérieur affecté d'anévrisme variqueux, et je dois dire que je n'ai point trouvé de différence entre le membre malade et le membre sain au point de vue de la calorification. Il y a donc en dehors du mélange du sang veineux et artériel d'autres conditions qui amènent les différences que j'ai constatées; je chercherai à les faire connaître dans un travail que je me propose de présenter à la Société sur ce point de physiologie pathologique.

M. Huguier convient que quelques détails manquent à l'observation ; néanmoins, ajoute-t-il, elle présente un tableau assez fidèle et assez exact de la maladie qui fait l'objet de la discussion. Pour ce qui est de la nature de la tumeur de la fosse iliaque, elle est, suivant MM. Huguier et Robert, anévrismatique; ils ont éprouvé le mouvement d'expansion dans toute la tumeur. La dilatation du système artériel est un fait qu'il invoque en faveur de la nature anévrismatique de la tumeur. Quant à cette dilatation artérielle en elle-même, M. Huguier, comme M. Marjolin, trouve qu'elle doit être étudiée avec soin; il croit que ce serait une raison qui devrait faire accepter l'opération immédiate de l'anévrisme artérioso-veineux s'il était démontré que la présence de cet anévrisme amène une modification si profonde dans les tissus artériels.

M. Marjolin. Il est encore un autre fait qu'il faut signaler. Quand on comprime l'artère crurale on détermine de la douleur, et de plus le malade éprouve une sensation particulière qui part du point comprimé pour arriver au cœur; alors ce malade éprouve un sentiment d'angoisse et de malaise considérable. Quant à la nature de la tumeur occupant la fosse iliaque gauche, il est moins affirmatif que M. Huguier. En effet, dit M. Marjolin, tandis que M. Demarquay et moi entendions parfaitement les bruits qui se passent dans le système circulatoire à la partie externe de la tumeur, ainsi que les pulsations énergiques de l'artère dans le même point, à la partie interne, au contraire, nous ne sentions qu'une bien faible expansion, si toutefois elle existe.

M. Huguier a été frappé, comme M. Marjolin, du sentiment de

malaise et d'angoisse que ressent le malade par la compression de la crurale. Il explique ce phénomène par l'expansion de l'anévrisme iliaque qui, dans ce moment, distend les différents filets nerveux qui couvrent la tumeur, et par l'obstacle apporté à la circulation, qui fait que le cœur malade se contracte avec plus de force sur la masse sanguine. Quant à la valeur intrinsèque du fait observé, elle est nulle au point de vue pratique, puisque le chirurgien ne pouvait rien faire; mais elle est sans importance au point de vue pathologique, et elle soulève diverses questions pleines d'intérêt.

M. Chassaignac. Les modifications imprimées aux parois du vaisseau par le mélange des deux sangs est un fait déjà étudié par Breschet. Mais ce qu'il importe d'établir, c'est la marche, l'étendue, la gravité de cette altération. Est-elle la même aux membres supérieurs qu'aux inférieurs? C'est là la question qu'il importe d'étudier.

Suivant notre collègue, l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux n'est point encore complète; il y a tant de différence suivant les individus porteurs de cette affection! Il observe actuellement un malade présentant un anévrisme du pli du coude, chez lequel un léger déplacement de la veine fait cesser le susurrus.

M. Forget. La question soulevée par M. Marjolin relativement à la préexistence d'une maladie du cœur et de l'aorte a beaucoup d'intérêt; au point de vue thérapeutique il n'est pas indifférent de rechercher le rapport qui peut exister entre elle et la lésion traumatique suivie d'un anévrisme artérioso-veineux. Il me semble qu'à défaut d'une démonstration matérielle on peut avec avantage recourir ici à la méthode d'induction.

En premier lieu, je ferai remarquer que, lorsque, sous l'influence d'une cause diathésique quelconque, le cœur et l'arbre artériel deviennent le siége d'une lésion organique, celle-ci, presque toujours, se révèle par des manifestations irrégulièrement disséminées sur les artères des diverses régions du corps. Dans le fait qui occupe la Société, c'est le contraire qui s'observe. Toutes les artères du côté opposé à l'anévrisme sont saines; ni le toucher, ni l'auscultation n'y ont saisi aucun phénomène morbide. L'état pathologique se résume en entier et exclusivement sur les artères du membre abdominal droit, celui sur lequel s'observe l'anévrisme variqueux.

Aussi est-on fondé à admettre que celui-ci a été le point de départ des lésions dont il s'agit. En effet, c'est l'artère fémorale qu'une plaie met en communication avec la veine satellite. Plus tard, et sous l'influence des modifications de structure et de résistance qui se produisent infailliblement dans les parois artérielles, une dilatation, une tumeur anévrismale se manifeste dans l'artère iliaque externe; de celle-ci, les effets de la lésion traumatique passent et deviennent apparents dans l'iliaque primitive, dans l'aorte et jusque dans le cœur. Certes, il y a dans cette disposition des caractères morbides, un enchaînement et un rapport de causalité qui me paraissent évidents, et on ne saurait mettre en doute que les troubles fonctionnels perçus dans les gros vaisseaux et dans le cœur ne soient la conséquence de l'anévrisme traumatique produit huit ans auparavant.

J'ajouterai, dit M. Forget, que cette interprétation du fait communiqué par M. Huguier vient encore résoudre cette autre question soulevée par M. Chassaignac, à savoir : jusqu'à quelle hauteur, un anévrisme artérioso-veineux existant, les effets de la lésion peuvent se faire sentir dans la continuité du tronc artériel. A l'aide du même fait, on pourra, en outre, éclairer l'histoire de cet anévrisme sous le rapport des accidents consécutifs, de leur marche et de leur intensité.

Somme toute, cette observation est précieuse, et on ne peut que désirer que M. Huguier veuille bien la compléter.

M. Lebert cite un fait qu'il a eu occasion d'observer dans le canton de Vaud, où, à la suite d'une blessure de la radiale, un chirurgien fut forcé de lier successivement la radiale, l'humérale, l'axillaire, la sous-clavière. Ces artères étaient devenues sécables par le fait d'un travail pathologique qui s'était accompli dans leurs parois depuis le point blessé ; ce travail était tel que le vaisseau était devenu sécable par la pression du fil.

M. Marjolin. L'hémorrhagie qui s'est reproduite après la ligature de la radiale prouve que l'on n'a pas lié les deux bouts du vaisseau au moment de l'accident. M. Michon a prouvé l'importance de ce précepte de lier les deux bouts d'une artère blessée, en citant plusieurs faits malheureux où cette pratique n'a point été suivie.

— M. Chassaignac présente un malade qui, à la suite d'une

chute, a eu la paupière inférieure déchirée de haut en bas vers le grand angle de l'œil. La plaie, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, avait divisé dans son trajet le conduit lacrymal inférieur. La réunion fut faite; mais on ne parvint pas à mettre bout à bout le canal lacrymal. Actuellement que la cicatrisation est parfaite, les voies lacrymales présentent la disposition suivante:

On voit parfaitement le tronçon divisé du canal, il a conservé sa perméabilité; avec une seringue d'Anel on l'injecte facilement. La partie du canal restée en place présente son orifice palpébral dans la petite encoche qui existe sur le bord libre de la paupière, au niveau de la plaie réunie; cette partie du canal est aussi perméable et s'injecte avec facilité. Enfin, au niveau de la caroncule, existe un petit orifice fistuleux qui communique également avec le sac nasal; on peut, par cette ouverture, faire pénétrer une injection dans le sac nasal. Les larmes ne passent que très imparfaitement dans le canal nasal.

M. Guersant croit que la chirurgie ne doit pas rester inactive, et propose un procédé opératoire dans le but de corriger cette lésion du canal lacrymal inférieur.

— M. Huguier met sous les yeux de la Société un ganglion lymphatique qu'il a enlevé dans la région parotidienne d'une jeune fille qu'il a présentée il y a quelques mois à la Société de Chirurgie, et qui présentait un gonflement considérable de la région parotido-auriculaire; ce gonflement est formé par un tissu cellulo-vasculaire et graisseux, au centre duquel se trouvait le ganglion.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 23 *avril* 1851.

**Présidence de M. Lenoir.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Huguier donne quelques détails sur la tumeur qu'il a présentée dans la séance précédente.

— M. Forget fait hommage de son mémoire sur la résection de la mâchoire inférieure.

— M. Chassaignac commence la lecture d'un travail très intéressant développé sur l'autoplastie faciale.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 30 *avril* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

La Société reçoit :

Un travail de M. Bitot, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, ayant pour titre : *Déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessite la gastrotomie.*

M. Demarquay rendra compte de ce travail.

—M. Pelletier fait hommage à la Société de sa thèse, ayant pour titre : *De la contracture du sphincter anal et de son traitement par la dilatation forcée.*

M. Maisonneuve fera un rapport verbal sur ce travail.

— M. Chassaignac termine la lecture de son travail ayant pour titre : *De l'autoplastie faciale.*

Nous donnons ici un résumé rapide de ce travail, afin de faire mieux comprendre les diverses observations qui ont été présentées à propos de ce mémoire intéressant, dont la publication aura lieu dans nos fascicules. Les principaux chapitres de ce travail traitent :

1° De la blépharoplastie de la paupière inférieure, pour un cancer de cette paupière développé chez un homme de soixante et un ans hémiplégique ;

2° De l'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes;

3° De la dacryocystoplastie ou restauration anaplastique du sac lacrymal;

4° De l'autoplastie parotidienne ;

5° De l'autoplastie pour les cancers de la lèvre inférieure.

L'observation de blépharoplastie dont le sujet a été présenté à la Société a offert ceci de particulier, que le malade, âgé de soixante

et un ans et atteint d'hémiplégie, avait perdu toute la paupière inférieure du côté droit et une partie attenant à la joue, ainsi que la portion de conjonctive tapissant l'hémisphère inférieur du globe de l'œil, en sorte qu'on a dû disséquer jusque sur la sclérotique.

L'opération d'autoplastie fut faite le 30 août 1849. Le malade quitta l'hôpital le 10 novembre; 7 mois après il y revint présentant une récidive de cancer qui, cette fois, a complétement respecté le lambeau autoplastique. Nouvelle opération le 30 mai 1850, cicatrisation le 17 juin, présentation du malade à la Société de Chirurgie le 14 août.

M. Chassaignac considère ce fait de récidive qui a respecté complétement le lambeau autoplastique comme venant à l'appui de l'opinion de M. Martinet (de la Creuse), en ce sens que les lambeaux autoplastiques sont réfractaires à la reproduction de l'affection cancéreuse, qui, dans ce cas, s'était arrêtée juste à la limite du lambeau.

A cette occasion, l'auteur du mémoire examine d'une manière générale la valeur des faits qui peuvent être invoqués à l'appui de la théorie de M. Martinet, et il constate la difficulté de trouver dans un fait clinique le caractère démonstratif nécessaire pour prouver que l'autoplastie s'oppose à la repullulation du cancer.

L'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes a été obtenue par l'autoplastie avec glissement dû au décollement de toute la zone palpébrale externe. Jusqu'alors on n'avait point obtenu une clôture complète de la base de l'orbite par les voiles palpébraux; il restait toujours un point non oblitéré, soit qu'il fût entretenu par la persistance de la totalité ou d'une partie de la glande lacrymale de l'orbite, soit par toute autre cause. L'oblitération absolue, telle qu'elle a été obtenue dans le cas rapporté par notre collègue, lui paraît due non-seulement au décollement de la zone palpébrale externe qui a permis de faire refluer les téguments vers la partie interne, mais encore à ce que l'opération, ayant dû détruire la paroi interne de l'orbite qui était envahie par le cancer, avait établi entre l'orbite et les fosses nasales une communication qui permettait à l'air d'arriver dans l'orbite en arrière du voile membraneux formé par l'adhérence des paupières.

Une partie importante du mémoire est celle qui se rapporte à la

dacryocystoplastie ou autoplastie du sac lacrymal. L'auteur cherche d'abord à établir qu'il existe des fistules lacrymales absolument réfractaires à tous les moyens connus de traitement, sauf l'autoplastie. C'est à une de ces fistules qu'on a eu affaire; on pouvait employer le procédé de Dieffenbach, qui se trouve décrit tout au long dans le mémoire de M. Chassaignac, circonstance qui pourra paraître utile, vu que ce procédé, fort peu connu en France, n'est décrit dans aucun des ouvrages que nous avons continuellement entre les mains. Ce n'est pas de ce procédé que l'auteur a fait usage; après avoir détruit dans une incision en forme de V les tissus qui formaient le pourtour de la fistule, il a taillé deux lambeaux, l'un à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure, lambeaux dont la réunion a complétement formé l'orifice fistuleux.

Voici, du reste, quelques détails de l'observation consignée *in extenso* dans le mémoire de M. Chassaignac, qui regarde l'autoplastie comme devant être substituée en principe à la méthode barbare de la cautérisation destructive, méthode qui depuis quelque temps semble reprendre faveur parmi les oculistes.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 23 octobre 1849. Traité huit ans auparavant à l'hôpital Necker par Auguste Bérard pour une fistule lacrymale, qui, si elle n'est pas congénitale, date du moins de la première enfance. Bérard, ayant constaté par un cathétérisme attentif tant des conduits lacrymaux que du canal nasal l'oblitération de ce dernier, se vit dans la nécessité de pratiquer une voie nouvelle à travers l'os unguis d'après le procédé de Woolhouse. Rétablissement du passage des larmes dans les voies nasales; mais persistance d'une fistule que Bérard ne put jamais tarir, malgré les moyens les plus variés et les plus puissants, notamment l'application du fer rouge. Cette infirmité, nuisant au malade pour gagner sa vie, le porte à réclamer les conseils d'un confrère, qui l'envoie à l'hôpital Saint-Antoine. Première opération consistant dans l'extraction de la canule placée par Bérard.

Dans les premiers jours de février, opération d'autoplastie consistant à enlever les parties adhérentes et dans leur centre l'orifice cutané de la fistule. Dissection de deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, ce qui permit de masquer complétement l'orifice profond de la fistule. Guérison. Absence d'épiphora.

Le malade, à sa sortie de l'hôpital, pouvait rester pendant l'espace de six heures sans avoir besoin de s'essuyer l'œil, ce qu'il était obligé de faire à chaque instant au moment de son entrée.

L'autoplastie de la région parotidienne offre des difficultés qui dépendent de l'excavation que laisse après elle l'ablation des tumeurs qui siégent derrière le bord postérieur de l'os maxillaire. Quand on cherche à ramener les téguments d'un côté à la partie la plus reculée de la joue, de l'autre à la peau qui recouvre la partie supérieure du sterno-mastoïdien, on parvient bien à recouvrir la solution de continuité, mais on a une espèce de pont tégumentaire qui ne s'applique pas avec exactitude sur le fond même de l'excavation et reste sous-tendu à distance de celui-ci. L'auteur du mémoire croit avoir obtenu la solution de cette difficulté en ne taillant qu'un seul lambeau et en l'empruntant en totalité aux téguments lâches et mobiles de la région sous-maxillaire, téguments qu'il fait remonter tout d'une pièce jusqu'au pavillon de l'oreille.

Quant à la chéiloplastie de la lèvre inférieure, c'est moins une opération nouvelle que propose l'auteur qu'un *modus faciendi* particulier d'une opération connue. Aussi nous n'y insisterons pas.

Nous dirons que l'auteur s'est occupé d'une manière incidente d'une question qui intéresse à un certain degré les opérations d'autoplastie : c'est celle qui consiste à déterminer avec exactitude la durée des applications des moyens de suture ; sa conclusion est que l'on doit tendre à abréger autant que possible le séjour des moyens de suture et à les retirer dans tous les cas juste à la limite où ils cessent d'être indispensables. Cette limite se détermine plus facilement en divisant les solutions de continuité autoplastiques en deux classes : celles qui ont une tendance active au déplacement, celles qui n'ont qu'une tendance passive. Dans cette dernière classe, des moyens d'union ne doivent pas être maintenus au delà de vingt-quatre heures.

L'autre conclusion se rapporte à l'abus que l'on ferait de l'emploi de la suture entortillée dans un certain nombre d'opérations autoplastiques, où la suture à points séparés est d'une application préférable.

M. Maisonneuve combat l'autoplastie palpébrale après l'ablation complète de l'œil afin d'amener l'occlusion des paupières ; en effet, il n'est point impossible, même quand l'œil a été complétement en-

levé, d'appliquer un œil artificiel; seulement, il faut un œil différemment construit que celui que l'on destine à corriger la difformité résultant de l'amputation : il faut se servir d'une espèce de globe dont la partie postérieure peut être disposée de telle sorte qu'elle s'adapte parfaitement à l'orbite.

M. Monod a pratiqué l'année dernière l'ablation de l'œil, et un œil artificiel corrigeait tellement bien la difformité qu'à quelques mois de distance il ne pouvait reconnaître l'œil artificiel de l'œil naturel quand le malade était un peu éloigné; toutefois, il faut ajouter que M. Monod, en pratiquant son ablation de l'œil, a fait subir au procédé opératoire généralement suivi une petite modification assez importante : au lieu de couper la conjonctive oculaire au niveau du cul-de-sac que forme cette membrane en se portant de la paupière sur le globe oculaire, il la détache du pourtour de la cornée, de cette façon il prévient autant que possible l'enfoncement des paupières après l'ablation de l'œil.

M. Chassaignac convient que la difformité résultant de l'ablation de l'œil peut être corrigée par un œil artificiel; mais il est telle circonstance où ce moyen ne peut être appliqué. C'est alors que l'autoplastie, telle qu'il la pratique, peut être utile.

M. Deguise fils demande à M. Chassaignac s'il admet en principe qu'il faille perforer les unguis avant d'établir l'occlusion des paupières. Il a eu récemment occasion de pratiquer l'occlusion des paupières sur un cocher qui, dans une rixe, avait perdu un œil : les paupières étaient renversées. Avant de pratiquer l'occlusion de ces voiles, la glande lacrymale fut enlevée. La réunion des paupières s'est fait attendre; mais le résultat ne peut être un instant douteux.

M. Maisonneuve combat en principe l'ablation de la glande lacrymale et la perforation de l'unguis avant de tenter l'occlusion des paupières. Deux fois il a fait cette opération; et ne s'est point occupé de cette glande. Il faut ajouter que, dans les deux opérations qu'il a faites, il a respecté les points lacrymaux, et que l'occlusion n'a jamais été complète.

Tout récemment il a fait l'opération qui nous occupe à un nommé Naquard, que tout le monde a vu dans le service de Lisfranc, et qui avait perdu un œil à la suite d'une brûlure; l'occlusion fut incomplète; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que cet

individu, dont la cornée de l'œil sur lequel la réunion des paupières a été faite était opaque, et ne laissait passer aucun rayon lumineux, a recouvré, à un faible degré il est vrai, la faculté de voir de l'œil malade après l'opération.

M. Cullerier. Les opérations autoplastiques faites dans le but de prévenir le retour du cancer ont certainement leur intérêt; mais il est une question préliminaire qu'il faut étudier, c'est celle du cancer lui-même. Nous n'avons plus aujourd'hui sur cette maladie les mêmes idées que celles que nous avions il y a quelques années. Avant de déclarer que l'autoplastie prévient le retour du cancer, il faut s'entendre, et dire quelle espèce de cancer.

M. Demarquay. M. Blandin avait complétement admis les idées de M. Martinet (de la Creuse), relativement à l'influence de l'autoplastie comme moyen de prévenir le retour du cancer. C'est ainsi que je lui ai vu pratiquer la rhénoplastie, la blépharoplastie, la chéiloplastie, dans ce but. J'ai constaté quelques résultats heureux; mais avait-on affaire à de véritables cancers? D'ailleurs les individus, après avoir quitté l'hôpital, étaient perdus de vue. Je crois donc, avec M. Cullerier, qu'il faudrait d'abord spécifier le cas auquel cette opération est appliquée pour juger de sa valeur.

M. Chassaignac. Le lambeau ne prévient pas la reproduction du cancer dans les parties voisines; mais il empêche la manifestation sur place; il y a donc avantage à faire de l'autoplastie à la suite des opérations que l'on pratique pour détruire les affections carcinomateuses, attendu que, si l'on a enlevé tous les tissus malades, on empêche par un lambeau autoplastique la reproduction du mal dans le lieu même où il siégeait.

M. Maisonneuve ne nie pas l'influence du lambeau autoplastique à la suite des opérations du cancer; mais dans le fait rapporté par M. Chassaignac, il n'a servi à rien, puisque le mal s'est reproduit dans les parties voisines; il n'a agi que comme un corps étranger qui aurait été placé au centre de la plaie; il n'a eu aucune influence sur les bords de la plaie, qui étaient entachés du vice cancéreux, puisque le mal s'est développé après l'opération comme si aucune opération autoplastique n'avait été pratiquée.

M. Forget. L'application de l'autoplastie comme moyen de prévenir la récidive du cancer n'a pas donné les résultats qu'en avait espérés M. Martinet (de la Creuse); on a beaucoup exagéré

la valeur des faits publiés par cet observateur : qu'on lise la thèse de Blandin sur l'autoplastie où tous ces faits sont relatés, et on verra qu'il n'en est pas un seul qui soit concluant.

Quant au mode de reproduction qu'affecte le cancer à la suite de ces réparations dues à la chirurgie plastique, il est certain qu'en général les lambeaux réparateurs sont ménagés ; ils ont pour effet de transplanter la repullulation de la maladie sur un point éloigné du centre des tissus qu'elle occupait primitivement. Deux fois j'ai eu occasion de voir ce résultat à la suite de l'ablation d'un cancer de la paupière et de l'aile du nez. Le lambeau emprunté à la joue pour fermer la plaie de l'opération demeura intact ; mais le mal se reproduisit sur la limite de celui-ci, à son point d'union avec les tissus auxquels il avait été greffé.

Il ressort de cette observation, ajoute M. Forget, que la récidive n'a pas été prévenue ; qu'elle s'est produite là où elle a lieu d'habitude, c'est-à-dire dans le tissu en continuité avec le cancer qui a été enlevé, et tout à fait placé par conséquent dans l'atmosphère de ce dernier. Quant à l'immunité dévolue au lambeau, elle ne doit point étonner, si on veut bien considérer qu'il est constitué par un tissu sain éloigné du cancer, sans relation vasculaire et nerveuse prochaine avec lui, n'ayant conséquemment subi aucune altération, soit vitale, soit organique, qui le fasse participer de la nature du tissu envahi et détruit par l'affection cancéreuse.

M. Huguier. Pour juger de l'avantage des opérations autoplastiques dans le cas qui nous occupe, il ne faut point oublier le mode suivant lequel se reproduit le cancer après les opérations faites pour le détruire. Suivant notre collègue, la reproduction a lieu :

1° Sur place, des parties profondes vers les superficielles ;

2° Dans la cicatrice que l'on obtient après l'opération ;

3° A quelque distance du lieu opéré ;

4° Dans un lieu éloigné, ou dans tous les viscères de l'économie.

L'autoplastie, si elle est utile, ne peut prévenir que la reproduction que j'ai classée dans ma première catégorie.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 7 mai* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

M. Chassaignac. Il a été dit dans la dernière séance qu'il était toujours facile d'adapter un œil artificiel au moignon du bulbe oculaire; cependant, je viens de voir un malade chez lequel cette prothèse a offert à M. Sichel des difficultés insurmontables.

### Injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Larrey communique à la Société, de la part de *M. Abeille*, médecin de l'hôpital militaire d'Ajaccio, une lettre dont les premières lignes indiquent le motif. « Mon cher maître, dans la séance de la Société de chirurgie du 26 mars, vous avez pris la parole au sujet des injections iodées : j'ai cru entendre un appel aux faits quand vous avez dit : « Nous savons, par exemple, que nos ho- » norables collègues M. Boinet et M. Abeille, ex-médecin au Val-de- » Grâce, ont attribué de grands avantages aux injections iodées » dans le traitement des abcès par congestion. Reste à savoir si les » résultats définitifs confirmeront d'une manière générale les succès » primitifs que l'on a partiellement obtenus par cette méthode. » Je m'empresse de répondre à cet appel en vous envoyant l'intéressante observation d'un malade atteint d'un abcès par congestion de la fosse iliaque, etc. »

Cette observation, assez longuement rédigée, est lue en entier par M. Larrey, qui en donne le résumé suivant :

Un jeune soldat du 39e de ligne, sans antécédents notables, est entré au Val-de-Grâce en mai 1850 pour une petite tumeur inguinale, apparue depuis une huitaine de jours, considérée comme une hernie et semblant réclamer l'application d'un bandage. L'exploration faite à l'hôpital démontre, au lieu d'une hernie, l'existence d'un abcès par congestion précédé de douleurs lombaires, sans complication de gibbosité ni de paralysie, comme sans altération de la santé générale. La maladie a son siége dans le corps des premières vertèbres lombaires.

Le traitement se compose de divers moyens successivement employés à des intervalles plus ou moins éloignés les uns des autres :

à l'extérieur, divers révulsifs et notamment des cautères; à l'intérieur, des préparations d'iode, des ferrugineux, des amers, des purgatifs, etc. Mais, après sept mois de durée, la tumeur, augmentant de volume, est ouverte par une ponction sous-cutanée que M. J. Guérin est appelé à pratiquer lui-même. Il en fait plus tard une seconde, puis une troisième suivie d'une injection iodée en observant les précautions convenables. La première évacuation du pus n'avait amené qu'une amélioration passagère suivie de récidive. Les deux dernières ponctions se transforment bientôt en fistules, qui suppurent abondamment; c'est en vain que les injections iodées sont renouvelées dans ce vaste foyer; les forces du malade s'affaiblissent et s'épuisent; la fièvre symptomatique se déclare, une escharе se forme à l'épine iliaque, et le marasme entraîne la mort dans les premiers jours de février.

L'autopsie démontre, enfin, une dénudation assez étendue de la crête de l'os des îles, un foyer purulent considérable dans la fosse iliaque avec migration du pus dans la gaîne du psoas, et dans les première, deuxième et troisième vertèbres lombaires une altération dont les caractères n'ont pas été précisés.

M. Abeille ajoute à ce fait des réflexions d'après lesquelles il apprécie à son point de vue la part que les injections iodées semblent avoir eue dans la production des accidents, et il est porté à les attribuer en partie à l'action mécanique de la canule, mais en reconnaissant que le liquide iodé y a joué le principal rôle.

« La Société de Chirurgie voudra bien se rappeler, dit M. Abeille en terminant, que nous n'avons accordé pour notre compte aux injections iodées employées dans les abcès par congestion qu'une action bornée au sac lui-même, quand la cause morbide initiale générale et locale a complétement disparu. En cela, nous sommes en opposition avec M. Boinet, qui prétend avec ces injections attaquer l'altération osseuse elle-même. »

M. Boinet. Je ferai une première remarque, c'est que je n'ai jamais prétendu que les injections iodées guériraient *tous* les abcès par congestion. Quel est donc le moyen qui réussit toujours? Le fait de M. Abeille ne serait donc qu'une exception très naturelle à une règle que je regarde comme générale. Notez bien, d'ailleurs, que je raisonne dans l'hypothèse que ce fait aurait la signification que lui attribue son auteur, tandis qu'il me paraît passible d'ob-

jections graves. Ainsi, l'injection est restée 20 minutes dans le foyer, temps quadruple de celui que je crois convenable, et l'on comprend que le contact si prolongé du liquide irritant sur les parois de la poche ait provoqué la formation des abcès circonvoisins. — La deuxième injection n'a été pratiquée que 34 jours après la première, intervalle beaucoup trop considérable, puisque, selon moi, il ne doit être que de 5 à 6 jours. Enfin, quand l'amélioration s'est prononcée, on a trop tôt renoncé aux injections. C'est une mauvaise application de la méthode; elle ne peut rien prouver contre cette méthode. L'observation manque, en outre, de détails importants.

M. Larrey répond d'abord à M. Boinet, qu'en donnant communication à la Société de la lettre et de l'observation de M. Abeille, il n'a été que son intermédiaire ou son interprète; mais il croit devoir rappeler que, lors d'une précédente discussion sur le même sujet, M. Boinet s'était montré beaucoup plus explicite ou absolu dans son opinion qu'il ne semble l'être aujourd'hui : le *Bulletin de la Société* en fait foi.

Et alors, comme à présent, ajoute M. Larrey, j'ai soutenu que, si les injections iodées pouvaient modifier favorablement les abcès par congestion, elles étaient incapables d'agir sur le foyer de la maladie ou sur l'altération des os.

M. Boinet. Il faut bien que cette modification existe, puisqu'il y a des exemples déjà nombreux de guérison, et que cette guérison est impossible sans que la source du pus soit tarie, sans que le point lésé de l'épine soit revenu à l'état normal. J'ai obtenu de ce moyen de nouveaux succès; j'espère en outre réussir de même encore chez un malade que je traite actuellement avec M. Jules Guérin; et si la méthode ne donne pas toujours des résultats aussi heureux, c'est que le plus souvent peut-être elle est imparfaitement suivie, et que surtout on cesse trop tôt les injections, qui doivent être continuées pendant 3, 6, 10 ou 15 mois.

M. Chassaignac. Il me semble que, malgré l'habileté de l'exécution, cette méthode doit échouer dans des cas même assez nombreux. Quand, par exemple, une, deux ou trois vertèbres sont détruites avec leurs fibro-cartilages, comment voulez-vous que l'iode remédie à un pareil désordre ?

**Incision et évacuation directe de l'anse intestinale étranglée;**
par M. Vial, chirurgien de l'hôpital Saint-Etienne.

M. Boinet, chargé, avec M. Marjolin, d'examiner le travail dont nous venons de donner le titre, en rend compte à la Société.

Dans le cas d'inflammation et de distension extrême de l'anse intestinale étranglée, ne conviendrait-il pas d'y pratiquer une ouverture pour procurer une issue immédiate aux matières, en ayant soin, après la réduction, de maintenir derrière l'anneau la plaie du tube digestif? Telle est la question que pose l'auteur, et qu'il tend à résoudre par l'affirmative. Il s'appuie sur deux faits dont voici la substance.

Un journalier de 65 ans avait depuis longtemps une hernie inguinale du volume d'un œuf. Il n'avait jamais porté de bandage. Sans cause connue, la tumeur acquiert, en deux jours, le volume de la tête d'un enfant. Elle est alors légèrement sensible et complétement irréductible. Le pouls est petit, la peau froide, la face altérée, la langue sèche, le ventre tendu, les selles supprimées, et il y a des vomissements de matières bilieuses et stercorales.

Le cas parut si pressant au chirurgien, qu'il vit dans l'opération seule quelque chance de salut. Le sac ouvert et l'anneau débridé, on essaie de réduire les 70 à 80 centimètres d'intestin qui étaient en dehors. Malgré la douceur de la manœuvre, une perforation eut lieu et donna issue à une abondante évacuation. Cette perforation avait le diamètre d'une pièce de 25 centimes, et M. Vial, sans en décrire d'ailleurs les autres caractères, ne sait s'il doit la rapporter plutôt au ramollissement de l'intestin qu'à des pressions peut-être excessives ou à l'action de ses ongles. Quoi qu'il en soit, la réduction des longues anses intestinales fut ensuite facile; la perforation fut maintenue (l'auteur ne dit pas comment) derrière l'anneau. L'amélioration fut immédiate et considérable; et à l'aide d'infusions théiformes et de lavements émollients, le malade revint comme de la mort à la vie. Au bout de deux mois d'une compression méthodique et soutenue, l'anus contre nature était fermé et la guérison parfaite.

A ce cas, dont il attribue l'heureuse terminaison à la perforation intestinale et à l'évacuation qui en fut la suite, M. Vial en oppose un autre où une perforation analogue eût peut-être sauvé

le malade, qui parut succomber à la rétention invincible des matières dans l'anse réduite. Il s'agit d'un homme de 57 ans qui avait une hernie étranglée depuis deux jours. La tumeur était à peu près aussi volumineuse que chez le précédent. « Il y avait des vomissements ; le pouls n'avait pas trop de fréquence ; malgré la tension du ventre et de la tumeur, la pression y déterminait peu de sensibilité. Je crus donc pouvoir, sans inconvénients, ajourner l'opération, et recourir, en attendant, à l'usage des sangsues, de la glace, des frictions mercurielles et belladonées et des lavements laxatifs. Le lendemain, les accidents étaient accrus. L'opération fut dès lors décidée et immédiatement exécutée. L'intestin, très rouge et très distendu, s'échappait dans une étendue de plus de 60 centimètres. Sa réduction, néanmoins assez facile, fut exacte et complète ; mais sa rentrée dans la cavité abdominale semblait avoir doublé le volume de cette région. Les évacuations sanguines, les onctions avec l'onguent napolitain, les fomentations émollientes, les laxatifs, furent successivement et activement employés, mais sans le moindre succès. Le malade succomba le quatrième jour à une violente entéro-péritonite. »

La commission signale dans ces deux observations des omissions qui portent sur la thérapeutique et sur l'exposition des faits, et elle se livre ensuite à l'examen critique des conclusions que l'auteur en a tirées.

Dans le premier cas qui se présente avec tous les caractères d'une hernie engouée, âge avancé du sujet, volume de la hernie, lenteur de la marche des accidents, il peut paraître regrettable qu'on n'ait pas insisté sur le taxis avec l'aide du chloroforme, et qu'on ait entièrement négligé l'emploi des antiphlogistiques et des purgatifs. D'un autre côté, l'état anatomique de la perforation, s'il avait été convenablement étudié, aurait révélé l'origine mécanique ou inflammatoire de cette perforation. Et puis, rien n'indique que l'anse, réduite sans perforation, ne se fût pas débarrassée, surtout sous l'influence des purgatifs, des matières qui la distendaient.

Le second cas, qui selon toute apparence appartient aussi à l'engouement, manque des détails les plus importants sous le rapport des signes comme des caractères nécroscopiques, qui ne sont pas même mentionnés, quoique l'autopsie semble avoir été faite.—La perforation de l'intestin eût-elle assez tôt arrêté la péritonite qui a causé la mort ?

En résumé, les deux faits eussent-ils été recueillis d'une manière irréprochable, qu'ils se prêteraient plus volontiers à une autre interprétation que celle qui s'est présentée à l'auteur, et deux faits, dans toute hypothèse, ne sauraient suffire à établir un point de doctrine de cette importance ; en outre, ils offrent de regrettables lacunes qui leur ôtent une grande partie de leur valeur. Une question de cette nature devait, d'ailleurs, être traitée avec tous les matériaux que possède la science.

La commission aime, néanmoins, à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les aperçus pratiques de l'auteur, et la promptitude avec laquelle il a saisi l'enseignement que pouvait lui fournir un fait nouveau pour lui.

En conséquence, elle propose : 1° d'adresser des remercîments à M. Vial ; 2° de déposer son mémoire aux archives. — Quant à la conclusion relative à la candidature de l'auteur au titre de membre correspondant, elle trouvera sa place dans l'examen des autres travaux que l'auteur a soumis à la Société. (Adopté.)

### Synchisis étincelant.

M. Chassaignac présente un malade précédemment opéré de la cataracte par abaissement, et dans l'œil duquel on voit des particules brillantes dans la chambre antérieure. Suivant M. Seidl, de Vienne, qui a eu l'occasion d'examiner le malade à l'hôpital Saint-Antoine, ce que ce cas offre de remarquable, c'est le siége de ces corpuscules brillants qu'on n'avait point encore vus ni dans la chambre antérieure, ni dans l'épaisseur de l'iris, comme chez ce malade.

M. Robert. Pour ce qui est du siége dans la chambre antérieure, il y en avait déjà des exemples, et j'en ai moi-même présenté à l'Académie de Médecine, et il y en a plusieurs autres dans le dernier numéro des *Annales d'Oculistique*, où tous les éléments de cette curieuse affection se trouvent rassemblés.

### Correspondance.

M. Giraldès fait hommage à la Société de sa thèse de concours sur les *maladies du sinus maxillaire*.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Morel-Lavallée.

## *Séance du* 14 *mai* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

### Prothèse oculaire.

*M. Seidl*, de Vienne, candidat à la place de membre correspondant, lit un travail sur la *prothèse oculaire*. (Commissaires : MM. Lenoir, Monod et Giraldès.)

### Hernie de l'ovaire par le canal inguinal.

M. Guersant. Les revers ne profitent pas moins à la science que les succès, et c'est dans cette pensée que je viens vous faire la communication suivante :

Une petite fille portait depuis longtemps dans la grande lèvre une tumeur sans changement de couleur aux téguments, fluctuante, très mobile ; indolente jusque-là, cette tumeur était devenue le siége de douleurs assez prononcées pour rendre une opération indispensable. Les caractères que je viens d'indiquer, ainsi que les antécédents, me donnèrent la conviction qu'il s'agissait d'un kyste dont l'inflammation s'était emparée. Le resserrement de l'anneau ne me semblait pas permettre de s'arrêter à l'idée d'une hernie. J'aurais eu recours aux injections iodées ; mais la difficulté de fixer la tumeur sous la pointe du trocart rendait, selon moi, l'ablation préférable. Après l'incision successive des couches extérieures, j'arrivai à une dernière enveloppe qui figurait assez bien la tunique vaginale, et à travers la transparence de laquelle on apercevait comme un corps solide qui se déplaçait sous la pression du doigt. Cette poche ouverte, je reconnus que la petite tumeur qu'elle renfermait n'était autre chose que l'ovaire et une partie de la trompe. J'en fis l'excision, et l'examen de la pièce que vous avez sous les yeux montra qu'effectivement nous avions bien affaire à la hernie mixte dont nous venons de parler. Malheureusement une péritonite se déclara, et il fut impossible de s'en rendre maître. A l'autopsie, nous retrouvâmes au milieu de l'inflammation suppurative du péritoine les restes de l'ovaire et de la trompe excisés.

L'ovaire hernié s'était manifestement atrophié, ainsi qu'on s'en

assurait en le comparant à celui qui était demeuré dans l'abdomen.

Le résultat a été funeste; mais il l'est trop souvent dans les opérations les mieux indiquées, et je ne sais pas s'il y a pour les hernies ovariques enflammées un traitement plus convenable que celui que j'ai mis en usage.

M. Maisonneuve. J'ai rapporté dans ma dernière thèse de concours beaucoup de cas analogues, où des hommes habiles étaient tombés dans l'erreur qui a échappé à M. Guersant. Des opérations semblables à celle qu'il a pratiquée ont été faites avec succès ordinairement, mais quelquefois on a dû regretter l'opération, et ces exceptions malheureuses sont un avertissement qu'il ne faut pas perdre de vue : il ne faudrait, je crois, se décider à agir que si l'on avait la main forcée par des accidents sérieux.

M. Gosselin. Le col du sac était-il oblitéré?

M. Guersant. C'est ce qui n'a pu être nettement constaté.

M. Robert. Certainement notre collègue n'a négligé aucun des éléments du diagnostic; sans doute que les signes que je vais rappeler étaient masqués ou obscurcis par quelque condition locale; car, s'ils avaient été saisissables, ils auraient pu, ce me semble, mettre sur la voie. Quelques éclaircissements me paraissent ici nécessaires. Y avait-il un pédicule à la tumeur? a-t-on cherché à le reconnaître? Son existence bien établie eût fourni une donnée importante. L'absence de la transparence eût également inspiré des doutes sur la nature liquide de la tumeur. Enfin, les kystes n'offrent pas en général cette sensibilité excessive; ils ne deviennent pas le siége de douleurs qui forcent à une opération.

M. Guersant. J'avouerai que l'extrême mobilité de la tumeur, qu'on pouvait aisément faire descendre jusqu'au fond de la grande lèvre et remonter jusqu'à l'anneau, en me donnant l'idée d'un kyste isolé de toutes parts, m'a peut-être éloigné des recherches propres à constater l'existence d'un pédicule. Cependant, bien que mon attention ne fût pas spécialement fixée sur ce point, si je n'ai pas reconnu ce pédicule dans les explorations variées auxquelles je me suis livré, peut-être me serait-il permis de supposer que la disposition des parties le dérobait à mon examen. Quant à la transparence, les connexions de la tumeur empêchèrent de la placer dans des conditions favorables à la perception de ce signe, en sorte que

son absence ne pouvait avoir pour nous aucune valeur. Reste la sensibilité de la tumeur, qui était douloureuse à la pression; mais est-ce que ce symptôme ne se retrouve pas dans un kyste enflammé ?

M. Chassaignac. Je crois qu'une fois le péritoine ouvert, l'extirpation de l'ovaire devait être faite; mais, si l'ovaire avait été reconnu avant l'ouverture du péritoine, il me semble qu'il eût été préférable de détruire l'ovaire avec le caustique de Vienne.

M. Guersant. Dans l'hypothèse dont vient de parler M. Chassaignac, je me serais comporté comme lui; mais le cas était différent, et j'ai dû agir différemment.

M. Larrey. « Le fait intéressant et malheureux que vient de nous communiquer M. Guersant avec une si honorable bonne foi l'a conduit à une proposition pratique dont la Société de Chirurgie ne saurait, je crois, adopter le principe. Mais ce n'est pas sur la question seule de la déviation de l'ovaire que je demande à expliquer ma pensée, puisque je suis dépourvu d'expérience spéciale à cet égard; c'est de la question assimilable à celle-là que je veux parler, à savoir : de la déviation du testicule, dont j'ai eu occasion d'observer quelques exemples. M. Guersant lui-même a établi cette comparaison, justifiée du reste par l'analogie.

» Or, si les anomalies du siége de l'ovaire sont plus rares que celles du testicule, les unes et les autres peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic d'autant plus regrettables, qu'elles entraîneraient plus promptement le chirurgien à des opérations incertaines ou dangereuses; et les résultats en seraient plus fâcheux encore si, le diagnostic étant mieux établi, on persistait à sacrifier un organe que l'on aurait pu conserver.

» Que l'on admette en effet, dans des cas donnés, l'analogie de certains signes physiques ou physiologiques entre le déplacement du testicule et celui de l'ovaire, sans altération pathologique, analogie, par exemple, de volume, de consistance, de mobilité, de gêne, de douleur. Admettra-t-on pour cela le principe de l'extirpation dans l'un et l'autre cas? Non assurément. Il faudrait, pour en venir à cette conclusion, que l'organe dévié fût en même temps atteint de dégénérescence ou d'une lésion reconnue incurable par toute autre méthode de traitement. Il faudrait au moins que la réductibilité ou la restitution en place fût absolument impossible, par

l'oblitération complète de communication ou par la formation d'adhérences préservatrices de la péritonite.

» Hors de telles conditions, la plus grande réserve semble indiquée, parce qu'il n'y a en définitive aucun danger à supporter la gêne produite par un organe dont la déviation n'est pas toujours persistante, et dont l'extirpation peut devenir mortelle. »

M. Lenoir. Pour montrer jusqu'à quel point le diagnostic de la hernie de l'ovaire peut être difficile, il suffit de se rappeler ce cas rapporté par Pott, où l'opération fut entreprise sans que le chirurgien fût fixé sur la nature de la tumeur. Dans ce cas, les deux ovaires furent enlevés, et la malade guérit. Je citerai un autre fait que j'ai observé moi-même. Il y avait dans l'aine une tumeur irréductible, avec constipation, vomissement, tous les symptômes d'une entérocèle étranglée, et ce fut en effet le diagnostic qui fut porté par M. Marjolin lui-même. Un lavement de tabac fut prescrit; on se trompa sur la dose, et la mort eut lieu par un véritable empoisonnement.

A l'autopsie, on s'assura que la tumeur était formée par l'ovaire contenant plusieurs kystes séreux. Dans le cas de M. Guersant, une fois le péritoine ouvert et l'ovaire reconnu, j'aurais réduit, après avoir débridé si cela avait été nécessaire, au lieu de pratiquer l'extirpation de l'organe, ce qui n'est ni sans inconvénients, ni sans danger.

M. Morel-Lavallée. Il y a, en effet, bien des points obscurs dans la hernie de l'ovaire, même pour les symptômes qui paraissent, au premier abord, les plus faciles à constater. Ainsi M. P. Verdier a noté le gonflement de l'ovaire hernié à chaque époque menstruelle, et ce caractère lui a suffi pour établir le diagnostic, qui, il est vrai, ne fut pas vérifié par l'autopsie. J'ai cru récemment reconnaître au même signe la même hernie; la tumeur de l'aine était globuleuse, inégale, se gonflant à chaque époque. Le toucher établissait que le fond de l'utérus était entraîné du côté correspondant. Le cas paraissait assez net; cependant il me restait du doute, et je voulus revoir plusieurs fois la malade. Plus tard, ayant eu l'idée d'examiner l'autre aine, j'y trouvai une tumeur analogue qui présentait périodiquement les mêmes variations de volume. Le sujet était lymphatique, et je ne sais encore aujourd'hui s'il ne s'agissait point tout simplement d'un engorgement sympathique des ganglions

inguinaux, qui participaient, par voisinage, à la congestion utérine. Je dois ajouter que, contrairement à celle de M. Guersant, les tumeurs étaient comme sessiles et très peu mobiles.

Au point de vue du traitement, l'opinion de M. Lenoir me paraît d'autant plus fondée, que Lassus avait déjà suivi cette pratique avec succès. Chez une petite fille, Lassus trouva l'ovaire dans un abcès inguinal; à l'aide d'une douce compression exercée par l'appareil, la réduction s'opéra graduellement, et la guérison était complète au bout d'une quinzaine de jours. L'auteur ne dit point s'il débrida ou non; mais si la réduction n'était possible qu'à cette condition, il me semble qu'il faudrait débrider, surtout si les adhérences de l'ovaire aux tissus ambiants étaient nulles ou peu marquées.

M. Guersant. La poche séreuse me parut fermée du côté du ventre, et c'est ce qui m'éloigne de toute tentative de réduction.

M. Lenoir. C'est qu'au milieu des préoccupations de l'opération, vous avez oublié le col du sac, qui, selon toute probabilité, était libre.

**Ouverture des kystes de l'ovaire dans la trompe utérine.**

M. Richard lit un mémoire sur la communication de certains kystes de l'ovaire avec l'intérieur des trompes utérines. De cinq pièces qu'il a eu l'occasion de rencontrer dans l'espace de deux mois, il en présente trois qui montrent tous les degrés de ce point d'anatomie pathologique, lequel doit avoir une application directe à la pratique. Dans l'une, c'est le début: l'ovaire a conservé presque tous ses caractères, seulement il est plus volumineux, et tout son centre est occupé par un kyste naissant. Ce kyste, en dehors, s'ouvre par un orifice arrondi dans l'intérieur de la trompe médiocrement distendue dans sa moitié externe. En ouvrant les parties, il est facile de voir ce premier rétrécissement du calibre de l'oviducte représentant son orifice abdominal, et enfin l'abouchement même entre l'ovaire et l'hydropisie tubaire, qui n'est autre que le pavillon lui-même, dont les franges sont agglutinées par une formation pseudo-membraneuse.

La maladie, à sa période moyenne, est représentée par les deux autres pièces, dont l'une a été laissée intacte pour qu'on pût mieux juger de la communication. — Autour d'un kyste évidemment ova-

rique, puisque la glande ovarienne fait partie de ses parois, s'enroule la trompe pleine de liquide dans sa moitié externe. A l'ouverture des deux kystes, on constate la même communication s'effectuant toujours par cet orifice arrondi, à bords tranchants, pouvant recevoir l'extrémité du doigt, et qui n'est autre que l'orifice tubaire avec son pavillon.

M. Richard, comme complément de ces faits, cite plusieurs observations empruntées aux auteurs, et qui prouvent que des hydropisies des trompes peuvent s'ouvrir dans l'utérus, et il en conclut que de cette manière certains kystes de l'ovaire peuvent se vider par les voies génitales externes au moyen des oviductes.

M. Richard pense que cette particularité remarquable des kystes ovariques doit être fort commune. En tout cas, elle est, pour ainsi dire, un résultat de l'évolution physiologique de l'appareil tubo-ovarien. A chaque époque menstruelle, une vésicule de Graefe se vide, la trompe embrasse l'ovaire à son niveau; la vésicule se crève; si elle continue de croître, on a précisément la maladie sur laquelle M. Richard appelle l'attention de la Société. (Commissaires : MM. Monod, Maisonneuve et Huguier.)

**Épanchement de sang derrière l'utérus.**

M. Monod. Cette lésion, dont M. Nélaton a publié plusieurs cas, a été récemment prise pour sujet de thèse par un élève de l'école de Paris. Je viens vous en soumettre un nouvel exemple. Une tumeur se prononce à la face postérieure du col utérin; bientôt elle devient fluctuante, le ventre se ballonne; deux ponctions sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et elles donnent issue à un liquide sanguinolent. La malade a succombé, et l'on a pu constater, ainsi que vous le voyez sur cette pièce, que le foyer sanguin était situé derrière le col de la matrice, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Nélaton. Ce sont de véritables kystes sanguins; mais il est bien difficile de déterminer s'ils siégent sous le péritoine ou s'ils sont circonscrits par des adhérences à la face interne de cette membrane.

J'ai observé six fois cette affection. Ce que j'ai noté au point de vue étiologique, c'est qu'elle se déclare après la puberté et avant l'âge critique, ni avant l'apparition des règles, ni après la suppres-

sion de cette fonction. Dans tous les cas, le développement de la maladie a été précédé par des troubles dans la menstruation. Les symptômes sont assez variables : ce sont des douleurs pendant les époques : tantôt l'interruption de l'écoulement périodique, tantôt sa durée excessive que j'ai vue aller à cinq ou six semaines et constituer ainsi une véritable perte. La tumeur, qui se forme derrière le col de la matrice, se prononce dans le cul-de-sac vagino-rectal, peut remonter jusqu'à l'ombilic et s'étendre latéralement dans les fosses iliaques. Elle contient un liquide sanguinolent de la consistance de la mélasse, et quelquefois des caillots plus ou moins volumineux. J'ai observé, comme je viens de le dire, six fois cette affection. Chez une malade, la ponction seule amena la guérison. Chez deux autres, elle fut insuffisante, la poche ne se vidait pas complétement; je fus obligé d'en agrandir l'ouverture avec le lithotome, et, en introduisant le doigt dans le kyste, j'en fis sortir des caillots assez considérables. Dans ces deux cas, il y eut quelques accidents de péritonite et d'infection purulente, auxquels les malades eurent le bonheur d'échapper. Chez deux autres femmes, l'épanchement s'est ouvert dans le rectum, comme M. Marotte l'a vu, de son côté, une fois, et la guérison ne se fit pas attendre. Enfin, dans un cas, la tumeur a disparu par absorption, ainsi que M. Charrier en a également rencontré un exemple.

Il résulte de ces faits qu'il ne faut recourir à la ponction que lorsqu'on ne peut plus compter sur l'absorption, que l'incision offre des dangers sérieux, et qu'on ne doit employer l'instrument tranchant que dans le cas d'absolue nécessité. Un autre accident des plus graves peut en être la conséquence, ainsi que l'a vu M. Malgaigne. Dans un cas où la disposition des parties ne permettait pas de distinguer exactement le siége du kyste, cet habile chirurgien, croyant avoir affaire à une tumeur située dans l'épaisseur même de la lèvre postérieure du col utérin, incisa cette lèvre et pénétra ainsi dans le foyer sanguin. Une artère d'un notable calibre avait été ouverte, et des hémorrhagies répétées entraînèrent une issue funeste. Il faut conclure de ce qui précède que la médecine opératoire doit agir ici avec une grande réserve.

**Élimination d'un calcul par le périnée.**

M. Maisonneuve présente un calcul extrait du périnée d'un homme

qui, depuis qu'il a subi l'opération de la taille latéralisée, a vu se former ainsi deux concrétions. La première fois, il avait été débarrassé par M. Michon; les parties molles extérieures étaient intactes, tandis que M. Maisonneuve est arrivé au dernier calcul par une fistule. Ce fait rappelle ceux de Louis et de Ledran, où les pierres périnéales succédaient également à la taille.

**Correspondance.**

M. Gosselin fait hommage à la Société de sa thèse de concours sur les *pansements rares.*

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Morel-Lavallée.

## *Séance du 22 mai* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

**Suite de la discussion sur les épanchements sanguins du petit bassin et sur leur traitement.**

M. Robert. L'histoire des épanchements de sang qui se forment dans le bassin et au voisinage de l'utérus est encore trop peu connue pour que la communication de M. Monod ne doive pas exciter vivement l'intérêt de la Société de Chirurgie. Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait des faits sur cette question. Depuis M. Récamier, qui, le premier je crois, a signalé les tumeurs de cette espèce et en a institué le traitement, plusieurs observations en ont été publiées par M. Velpeau (*Recherches sur les cavités closes*), par M. Bourdon (*Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin*), et plus récemment enfin par M. Nélaton et par M. Viguès, à qui l'on doit une bonne thèse sur ce point de pathologie.

On aurait tort de croire que ces épanchements se produisent constamment derrière l'utérus. Il n'est pas très rare d'en observer sur le côté et dans l'épaisseur des ligaments larges : on trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1850) une observation recueillie par M. Piogey, dans laquelle la collection hématique occupait le côté droit du bassin et avait considérablement refoulé l'utérus dans le sens opposé. Sur la pièce présentée par M. Monod, le

sang est disséminé tout autour de l'utérus. Enfin, il s'épanche quelquefois dans l'épaisseur même du tissu de cet organe.

Sous quelle influence se produisent les désordres dont il s'agit? C'est ce que l'on ignore à peu près complétement. Leur apparition coïncide en général avec des troubles de la menstruation, surtout avec la dysménorrhée; il semble vraiment que ce soient des déviations, des aberrations du molimen hémorrhagique, dont la face interne de l'utérus est le siége à l'état normal.

D'après le petit nombre de faits que j'ai observés, ces collections sanguines se développeraient souvent par périodes successives et seraient la conséquence de raptus sanguins répétés à diverses époques menstruelles. Aussi y trouve-t-on le sang à divers états de condensation depuis les concrétions fibrineuses solides jusqu'à la consistance du sang liquide et récemment épanché. J'ai en 1847 vidé par ponction une de ces tumeurs contenant plus de 1,200 grammes de sang liquide : je reviendrai bientôt sur ce fait.

Lorsque ces hématocèles sont peu volumineuses, et surtout lorsqu'elles font saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, elles peuvent simuler des déviations, des rétroflexions de l'utérus. Cependant, il est un moyen sûr d'éviter l'erreur : c'est le cathétérisme de l'utérus pratiqué avec toutes les réserves et précautions que réclame une exploration aussi délicate : si le cathéter se dirige en haut, dans le sens de l'axe de la cavité de l'organe, on peut être certain que celui-ci est étranger à la tumeur. Il est une lésion au moins aussi fréquente que l'hématocèle et que, dans l'état actuel de nos moyens d'investigations, on ne saurait, je pense, distinguer d'avec cette maladie, c'est l'inflammation phlegmoneuse et suppurative du tissu cellulaire placé autour de l'utérus. Celle-ci se manifeste souvent à la suite des mêmes causes que l'hématocèle : souvent elle se forme d'une manière lente, successive, sans provoquer de douleur ou de réaction générale. La tumeur est circonscrite et diffère assez peu de celles dont nous nous occupons pour que le diagnostic différentiel en soit presque impossible.

Heureusement cette incertitude du diagnostic influe peu sur le traitement, lequel doit consister, dans toute hypothèse, à évacuer le liquide contenu dans la tumeur. C'est toujours par le vagin qu'il faut agir en pareil cas. On peut recourir soit à la ponction, soit à l'incision. La ponction se pratique avec un long trocart courbe.

M. Récamier emploie quelquefois un long instrument large, plat et recourbé, semblable au pharyngotome. La ponction me paraît devoir toujours être préférée à l'incision, surtout au début du traitement, par les considérations que voici : l'incision peut donner lieu à la lésion d'artères assez volumineuses. Dans un cas d'hématocèle rétro-utérine, j'ai senti sur la partie la plus saillante de la tumeur les battements d'une artère qui m'a paru grosse comme la radiale et dont la blessure aurait pu donner lieu à de graves accidents si on avait incisé sur ce point. La ponction faite avec le trocart permet d'éviter plus sûrement la lésion des artères.

Un autre avantage de ce mode opératoire est le suivant :

Lorsque l'épanchement de sang est très considérable, il peut être dangereux de le vider immédiatement et en entier. On peut, une fois la canule introduite dans le foyer, ne faire écouler qu'une partie du sang et laisser l'instrument en place en le bouchant. Le lendemain et les jours suivants, on achève peu à peu de vider le foyer. En 1847, je fus appelé par M. le docteur Lalourcey près d'une jeune femme qui, depuis trois jours, était en proie à d'intolérables douleurs de bas-ventre. A la suite de dérangements dans la menstruation survenus trois mois auparavant, une tumeur douloureuse s'était manifestée à l'hypogastre ; cette tumeur s'était accrue lentement d'abord, mais depuis trois jours les progrès en avaient été rapides ; il s'y était joint des douleurs expulsives très violentes, des accidents nerveux comme hystériques et un grand état de faiblesse. Je fus frappé d'abord du volume de la tumeur, qui s'élevait presque à la hauteur de l'ombilic ; puis, au moyen du toucher vaginal, je constatai qu'elle proéminait fortement aussi dans le bassin et qu'elle refoulait en avant l'utérus, dont le col était très petit. Il s'écoulait par la vulve un peu de sang noir analogue au sang des règles. Le spéculum me permit de reconnaître que ce suintement sanguin provenait de l'intérieur de l'utérus.

Avant de rien tenter je voulus savoir quelle part l'utérus pouvait prendre à la formation de cette tumeur. Dans ce but j'introduisis avec précaution une petite sonde de gomme élastique dans la cavité de l'organe. L'instrument y pénétra sans difficulté à la profondeur de quatre travers de doigt environ, et me donna ainsi la certitude que l'utérus, étranger à la tumeur, était seulement re-

foulé par elle, et qu'il se trouvait d'ailleurs dans un état complet d'intégrité.

Je pratiquai immédiatement la ponction par le cul-de-sac postérieur du vagin; il s'échappa par la canule du sang noir, liquide, et sans odeur; j'en retirai d'abord 750 grammes. La malade fut beaucoup soulagée; mais son grand état de faiblesse me fit craindre de prolonger l'évacuation. Je bouchai donc la canule avec un petit fausset, et la fixai au moyen de deux sous-cuisses. Le lendemain et le surlendemain je retirai chaque fois plus de 100 grammes de sang.

Plus tard, ce vaste foyer que j'avais ouvert et vidé, devint le siége d'une inflammation de mauvaise nature, et mit la malade en grand danger. Cependant je parvins à conjurer les accidents par de fréquents lavages, au moyen de la canule que je laissai en place vingt-quatre jours. La malade s'est complétement rétablie, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

Ainsi, pour me résumer, on voit que dans cette observation la ponction de la tumeur a été d'une exécution facile et sûre; qu'elle a permis de n'évacuer le sang que par degrés et d'après l'état des forces de la malade. Lorsque les accidents inflammatoires sont survenus, et que le sang altéré par le contact de l'air est devenu fétide, j'ai pu, en laissant la canule à demeure dans le foyer, y pousser facilement des injections désinfectantes.

Il est des cas, j'en conviens, où la ponction ne présente pas les mêmes avantages; c'est lorsque le sang, au lieu d'être resté fluide, est plus ou moins concret. Evidemment il faut inciser le foyer dans une étendue suffisante pour donner issue aux caillots. La ponction, employée au début, n'est plus qu'un moyen explorateur; cependant elle est utile encore, parce qu'elle sert de base aux indications thérapeutiques.

M. Huguier a eu souvent occasion d'observer ce genre de tumeurs. Il présentera prochainement un travail sur ce sujet. Ce sur quoi il appelle l'attention aujourd'hui, c'est la présence d'une artère située dans l'épaisseur du col à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen; elle a le volume d'une plume de corbeau et peut facilement être intéressée dans certaines manœuvres opératoires; l'hémorrhagie qu'elle fournirait serait d'autant plus difficile à

arrêter, qu'elle est entourée d'un tissu rigide qui ne permet point aux parois de ce vaisseau de revenir sur elles-mêmes.

M. Maisonneuve, tout en admettant les notions anatomiques énoncées par M. Huguier, ne partage pas les craintes de notre confrère quant à l'hémorrhagie que pourrait fournir le vaisseau en question s'il était intéressé; à plusieurs reprises il a divisé complétement le col utérin; il l'a vu diviser par M. Récamier, et il n'a point eu d'hémorrhagie grave; d'ailleurs, ajoute M. Maisonneuve, une cautérisation bien faite avec le fer rouge mettrait toujours fin à cet accident.

M. Huguier, revenant sur le fait anatomique énoncé plus haut, explique l'absence d'hémorrhagie par la section transversale du col à la façon de M. Récamier. On sait en effet que ce professeur n'incise le col à droite et à gauche que dans une petite étendue, et qu'il termine la section complète de cet organe par la déchirure.

M. Danyau. Comme les chirurgiens ne sont point d'accord sur le siége précis de ces tumeurs sanguines, il importe, au point de vue théorique et pratique, que la pièce présentée par M. Monod soit examinée avec soin. Il est un signe pathognomonique donné par M. Nélaton, et qui consiste dans une coloration bleuâtre de la partie du vagin en rapport avec la tumeur; si ce signe est constant, il serait de nature à faire cesser les doutes et les incertitudes de quelques chirurgiens lorsqu'il s'agit du diagnostic de ces affections.

### De l'exostose médio-palatine comme symptôme de la syphilis constitutionnelle.

M. Chassaignac revient sur la présentation de deux femmes qu'il a faite dans la précédente séance. Ces deux femmes étaient toutes deux affectées de syphilis constitutionnelle (accident tertiaire), l'une portant des exostoses sur plusieurs parties du corps, et l'autre des périostoses au-devant des tibias. Sur ces deux femmes on constatait bien manifestement une exostose médio-palatine. Il y a quelques années, ajoute M. Chassaignac, que j'ai attiré l'attention des médecins sur l'importance de cette exostose; MM. Cullerier et Ricord ont contesté la valeur de ce signe. Je profite de l'occasion de ces deux malades pour fixer de nouveau l'attention sur ce point.

M. Huguier a été frappé de la présence de l'exostose médio-palatine chez les syphilitiques; seulement il ne croit pas que toujours

cette saillie soit due à une exostose, elle dépend souvent d'une périostose, laquelle disparaît par un traitement convenable, ce que l'on n'obtient pas avec l'exostose.

**De la paralysie musculaire survenant à la suite des luxations scapulo-humérales.**

M. Chassaignac parle d'un malade qui, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, a eu une luxation de l'humérus; cette luxation fut réduite par le procédé de White. Quatre jours après, on constate une paralysie du nerf circonflexe et du nerf radial. Les paralysies consécutives aux luxations de l'humérus étant fréquentes, il y a lieu de se demander si elles sont primitives, dépendantes de la luxation elle-même, ou dépendantes des efforts de réduction.

M. Robert a été frappé aussi de la fréquence de ces lésions nerveuses à la suite des luxations de l'épaule; sur 12 cas de cette espèce de luxation, il a constaté 5 paralysies. Il se demande aussi si cela ne tiendrait point aux méthodes de réduction généralement employées. Quant à lui, il ne le croit pas; il a actuellement dans son service un malade dont la luxation a été réduite par le procédé le plus simple, le procédé de Lacour, et cependant il existe une paralysie rebelle. Suivant M. Robert, le plus souvent ces luxations sont primitives; elles dépendent de la violence qui a produit la luxation.

M. Gosselin. Il a été publié l'année dernière une thèse intéressante sur ce sujet, elle est de M. Empis; dans ce travail se trouve un fait qui a été observé par M. Gosselin. La paralysie était survenue en même temps que la luxation. Le fait avait été constaté avant toute tentative de réduction. C'est là un point de pathologie fort obscur. M. Empis a cherché à se rendre compte de certains faits dans lesquels on a observé une paralysie du mouvement avec conservation du sentiment; suivant lui, ces faits doivent être rapportés à une lésion encore inconnue du système nerveux. Toutefois, ajoute M. Gosselin, ce serait une erreur de croire que les paralysies du membre supérieur ne se lient qu'à la luxation scapulo-humérale; il a vu des paralysies diverses survenir à la suite de contusions simples des membres.

M. Chassaignac n'a point été plus heureux que ses collègues dans le traitement de ces paralysies, malgré la multiplicité des moyens

employés. Il se demande, en raison de la persistance de ces paralysies, si des racines nerveuses du sentiment et du mouvement n'auraient point été arrachées, comme cela résulte des faits rapportés par Flaubert, de Rouen.

M. Maisonneuve dit que depuis quelques années il a été amené, par la fréquence des accidents qui surviennent à la suite des luxations de l'humérus, à les considérer comme graves; en effet, on n'observe pas seulement des accidents nerveux à la suite de ces luxations, l'arrachement de la grosse et de la petite tubérosité de l'humérus a été observé, ainsi que certaines ruptures musculaires. Dans un cas, il a vu survenir une double ankylose à la suite d'une double luxation de l'humérus. Quant aux lésions nerveuses, elles ne sont pas seulement liées aux luxations; une contusion, une commotion, une distension peuvent amener des paralysies rebelles. Grâce au chloroforme, qui permet de réduire les luxations avec une grande facilité, on ne verra plus de paralysie survenir à la suite de tractions violentes exercées sur les membres luxés quand les agents anesthésiques étaient inconnus.

M. Morel, dans la thèse qu'il a eu à soutenir tout récemment sur les luxations compliquées, n'a pu trouver que trois cas de luxations de l'épaule compliquées de paralysie constatée avant toute tentative de réduction. Un de ces faits est dû à Desault; un autre au docteur Brelew; le troisième à M. Empis. Il reste encore beaucoup de recherches à faire sur ce sujet.

M. Denonvilliers insiste sur l'importance de la question. Dans certains cas, il n'est pas douteux que la paralysie est consécutive au déplacement de l'humérus; mais souvent la contusion seule a produit des désordres semblables, et il a eu occasion d'observer cinq ou six fois des paralysies suite de contusion des membres.

A propos de ces paralysies partielles suite de lésions physiques, M. Denonvilliers a constaté qu'elles sont toujours du mouvement, tandis que les paralysies partielles hystériques sont toujours du sentiment.

M. Larrey. D'après l'observation de quelques cas de paralysie à la suite de luxations scapulo-humérales, je serais porté à l'attribuer aussi à la luxation *plutôt qu'à la réduction*, en raison de l'accident lié d'ordinaire à la lésion principale; à savoir, la contusion. En effet, la paralysie du mouvement qui complique à divers degrés la

luxation me paraît devoir être d'autant plus prononcée que l'attrition nerveuse et musculaire aura été plus forte, tandis que cette attrition est assez faible, et souvent nulle, dans les efforts de réduction même les plus prolongés.

Resterait à savoir si les tractions exercées sur le membre démis ne peuvent pas distendre les nerfs et les fibres musculaires au point de paralyser les mouvements. C'est ce qu'une observation attentive pourrait seule démontrer. Mais aujourd'hui que l'anesthésie facilite et simplifie la réduction de la plupart des luxations récentes, ce moyen servira précisément à faire reconnaître si la paralysie ne dépend point, dans la plupart des cas, non de la réduction, mais de la luxation.

L'expérience, du reste, en décidera, en permettant, plus tard, d'assigner à ce genre de paralysie traumatique, si souvent difficile à guérir, une place mieux définie parmi les complications de luxations contuses.

M. Demarquay. On ne peut nier que le chloroforme ne rende de grands services dans la réduction des luxations; cependant l'anesthésie n'a point vaincu toutes les difficultés; souvent le chirurgien se trouve arrêté. Tout récemment, j'ai fait des tentatives de réduction d'une luxation du pouce en arrière; et malgré l'insensibilité la plus complète et la plus absolue, je ne suis parvenu à réduire qu'à la troisième tentative.

M. Chassaignac. Dans l'anesthésie appliquée à la réduction des luxations, il ne faut pas confondre les degrés qu'elle peut présenter. En effet, dans le premier degré, on a bien l'insensibilité, mais il existe une contractilité musculaire tellement grande, qu'il faut multiplier les efforts pour réduire une luxation. On ne doit pratiquer la réduction que dans la période de colapsus.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 28 *mai* 1851.

### Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Huguier, à propos de ce dernier, remplissant la promesse qu'il avait faite dans la séance précédente de s'occuper des tumeurs sanguines du petit bassin, s'exprime de la manière suivante :

Ces tumeurs sont situées à la partie inférieure de la cavité abdominale entre l'utérus et le rectum et entre le péritoine et le cul-de-sac vaginal, ou encore dans la partie inférieure du péritoine.

Ces tumeurs ont reçu des noms variés, tels que ceux de tumeurs sanguines du petit bassin, tumeurs sanguines du cul-de-sac péritonéal, kystes sanguins, trombus, hématocèle, etc.

La connaissance de ces tumeurs sanguines est assez ancienne; Ruysch, dans ses observations anatomo-pathologiques, en rapporte un exemple.

En 1693, les Actes des érudits de Leipsick en signalent un nouvel exemple.

On trouve encore cette maladie mentionnée dans le journal de Hufeland pour 1818.

Depuis, en France, on s'est beaucoup occupé de cette maladie: M. Deneux d'abord, dans son *Mémoire sur le trombus du vagin et de la vulve après l'accouchement*, a rapporté des faits qui appartiennent bien manifestement à la maladie qui nous occupe. M. Récamier en 1831 et M. Bourdon en 1841 ont appelé l'attention des médecins sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin, et parmi les faits consignés par ces auteurs il en est quelques-uns qui ont trait aux tumeurs sanguines du petit bassin. Dugès et Boivin ont publié des faits analogues. Tout récemment, M. Bernutz, dans un mémoire ayant pour titre : *Des accidents produits par la rétention du flux menstruel*, a rapporté des observations propres à éclairer l'histoire de la maladie qui nous occupe. Enfin, MM. Piedagnel, Laugier, Beau, Nélaton, Juteau, Piogey et Viguès, qui vient de publier une thèse ayant pour titre : *Des tumeurs de l'excavation pelvienne chez la femme*, ont publié des faits que j'invoquerai pour faire l'histoire succincte des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne.

Ces hématocèles ne peuvent point être décrites d'une manière générale, car elles sont souvent distinctes par leur siége, *leurs causes, leur marche, leurs symptômes et leur pronostic et même leur traitement.*

Malgré ces différences, ces tumeurs sanguines ont cependant des caractères communs : 1° d'être formées par du sang épanché liquide ou coagulé; 2° d'offrir une certaine analogie symptomatique due aux connexions étroites, vasculaires, nerveuses, celluleuses,

séreuses, qui unissent l'utérus et ses annexes aux organes pelvi-abdominaux. Nous prendrons comme base de classification de ces tumeurs leur siége anatomique et le point de départ de la maladie; en effet, l'étiologie et la symptomatologie ne sont pas dans cette circonstance assez fixes pour que nous les prenions comme moyen de classification. Ces épanchements sanguins présentent deux grandes classes :

1° Les uns sont placés au-dessous du péritoine dans le tissu cellulaire compris entre l'utérus et le rectum et le cul-de-sac péritonéal et vaginal;

2° Les autres sont situés dans l'un des annexes de l'utérus, dans le cul-de-sac péritonéal ou dans un des replis de cette membrane séreuse.

*Première classe.* — Cette première classe renferme donc toutes les tumeurs sanguines situées dans le tissu cellulaire compris entre le rectum, le vagin, l'utérus et le cul-de-sac péritonéal; elles peuvent disséquer plus ou moins loin les parois du vagin, occuper le tissu cellulaire qui entoure latéralement cet organe. C'est à cette classe des tumeurs que doivent être rapportés les faits de MM. Récamier, Bourdon, Beau, Nélaton, la deuxième observation de M. Vigès et un cas inséré dans le mémoire de M. Deneux.

Les causes sont prédisposantes ou déterminantes; les premières sont : l'existence d'un plexus veineux que l'on rencontre dans cette région, la congestion menstruelle ou sexuelle, les grossesses répétées et la dilatation variqueuse des veines; les secondes sont : les fausses couches, les efforts violents et les excès de copulation. (M. Huguier cite à ce propos l'histoire d'un homme qui eut une ecchymose de tout le scrotum à la suite d'excès dans l'acte vénérien.) Sous l'influence de ces excitations diverses, le sang se porte avec force vers la partie inférieure de l'utérus, et c'est alors que l'on voit se former les tumeurs qui nous occupent. Peut-être que du sang accumulé dans un des ligaments larges pourrait se porter dans l'endroit que nous signalons et former là une tumeur. Les faits manquent à l'appui de cette hypothèse.

Parmi les signes nombreux qui caractérisent ces tumeurs, la plupart appartiennent également aux hématocèles du cul-de-sac péritonéal, à l'exception cependant de la coloration violacée du va-

gin, qui se trouverait seulement dans la classe des tumeurs que nous étudions maintenant.

La deuxième grande classe des tumeurs sanguines du bassin dont nous allons nous occuper est de beaucoup la plus importante; elle est surtout liée à un trouble survenu dans les fonctions génitales de la femme. Elle comprend plusieurs variétés que nous allons passer rapidement en revue.

La première espèce, qui n'est qu'une pseudo-hématocèle, dépend surtout d'une grossesse extra-utérine arrêtée à un ou deux mois de conception. J'ai eu occasion de voir deux tumeurs développées dans le cul-de-sac péritonéal et dont l'origine bien évidente remontait à une grossesse extra-utérine; dans un cas, l'autopsie a démontré le produit de la conception; dans l'autre, après une ponction faite convenablement, mais suivie d'imprudence de la part de la malade, il est survenu une violente inflammation de la poche et bientôt celle-ci s'est vidée en laissant écouler les débris d'un fœtus.

La seconde espèce, comprenant plusieurs variétés, est surtout formée par la rétention du sang menstruel dans les cavités génitales ou le cul-de-sac péritonéal recto-vésical. Les causes prédisposantes sont les congestions utérines arrivant à des époques déterminées, les grossesses multipliées qui développent les veines du bassin et de l'utérus, les excitations vénériennes. Les causes déterminantes sont les troubles apportés dans l'accomplissement régulier de la menstruation, un obstacle survenu à l'écoulement des menstrues par suite d'un rétrécissement ou d'une oblitération du col. Le sang ainsi retenu dans les organes génitaux peut être accumulé dans les trompes : MM. Récamier, Bourdon, Bernutz, Piogey et moi avons constaté la présence de tumeurs sanguines dans le point que nous venons d'indiquer. C'est là une première variété de la seconde classe de nos tumeurs. Dans une seconde variété, le sang est épanché dans les trompes et dans la cavité péritonéale. Le fait rapporté par Hufeland en 1819, la première observation de M. Bernutz doivent être rangés dans cette catégorie.

Une troisième variété comprend celles de ces hématocèles qui sont formées par la rupture des vaisseaux ovariques ou utérins; c'est surtout chez les femmes enceintes qu'on les observe. M. Marjolin a signalé un fait de ce genre.

Il pourrait encore exister une quatrième variété : elle serait for-

mée par les kystes sanguins formés par exhalation sanguine à la surface péritonéale de l'utérus par dérivation du flux menstruel et comme hémorrhagie supplémentaire.

Ceci une fois établi, nous pouvons constater la différence que présentent ces deux classes de tumeurs.

Sous le rapport du siége, nous avons déjà fait remarquer la différence capitale, puisque c'est cette différence qui a servi de base à notre classification. Le mécanisme, les antécédents et les causes sont aussi à noter. Ainsi, tandis que les premières tiennent soit à l'accouchement, soit à une exagération des fonctions génitales, les secondes, au contraire, trouvent leur source dans l'accomplissement vicié des fonctions des organes génitaux de la femme, dans des rétrécissements de ces derniers et dans des grossesses extra-utérines.

Les signes à l'aide desquels on reconnaît ce genre d'affection sont presque communs aux deux genres de tumeurs que nous avons admis ; dans l'une et l'autre classe, la tumeur plus ou moins volumineuse se fait sentir dans le vagin, entre l'utérus et le rectum; l'utérus est fortement déplacé, suivant le volume de la tumeur. Celle-ci est plus ou moins fluctuante; quelquefois elle dépasse la symphyse des pubis, et la palpation abdominale, secondée de la palpation vaginale et rectale, permet de constater la fluctuation, ainsi que l'étendue du mal. L'exploration de la cavité utérine ne démontre rien d'anormal de ce côté, si ce n'est une exhalation sanguine par la face interne de cet organe, comme cela a été observé par MM. Nélaton et Robert. Des phénomènes généraux, des troubles fonctionnels peuvent encore compliquer la symptomatologie de ces tumeurs. Quelques signes peuvent faire reconnaître les tumeurs de la première classe de celles de la seconde; aussi celles que nous avons décrites tout d'abord présentent une coloration vaginale spéciale, sur laquelle nous avons insisté ; elles n'exposent point à la péritonite, comme les secondes; en conséquence, leur pronostic est moins grave; elles laissent, de plus, après la cicatrisation, un point dur situé à la partie postérieure et supérieure du vagin.

Le traitement de ces tumeurs doit consister dans une ponction évacuatrice, dans une incision, au besoin dans l'emploi d'injections convenablement faites. Tout cela sera secondé par le régime des affections aiguës. Lorsque la tumeur sera le résultat d'un trouble

du côté de la menstruation, le chirurgien aura à s'en occuper; il fera disparaître les obstacles qui pourraient troubler cette fonction, en même temps que, par un traitement médical convenable, il favorisera l'accomplissement régulier de la menstruation.

M. Lenoir regrette que M. Huguier n'ait point fait une lecture au lieu d'un discours, dans lequel l'orateur n'a pas formulé son opinion d'une manière nette et précise; il a confondu des choses distinctes dans la science et dans la nature. Les trombus peuvent avoir un autre siége que la vulve; on en a trouvé dans les parois du vagin. M. Deneux et Nægele ont rapporté des faits de ce genre. Siebold a eu également l'occasion d'en observer un cas très haut placé dans l'épaisseur du vagin. C'est surtout à l'époque de l'accouchement qu'on les rencontre. Les tumeurs sanguines péritonéales et celluleuses, là était toute la question. M. Huguier, en parlant des épanchements péri-utérins, des tumeurs sanguines du ligament large, a dévié la question.

M. Huguier n'accepte point le reproche d'avoir dévié la question; il l'a élargie; il a fait rentrer dans sa classification des tumeurs du petit bassin des observations dont le titre semble devoir les éloigner; mais, en lisant ces observations avec soin, on voit bien qu'elles appartiennent aux hématocèles de l'excavation pelvienne. Relativement aux reproches d'avoir confondu les trombus de la vulve avec les tumeurs sanguines du petit bassin, M. Huguier déclare n'avoir point fait cette confusion; il connaissait les faits cités par M. Lenoir. La confusion n'était donc point possible.

M. Debout. Puisque notre collègue M. Hugnier veut bien se rendre au vœu de la Société et rédiger un mémoire sur les tumeurs sanguines du bassin, je lui signalerai une variété de trombus, le trombus utérin, qui n'a pas encore été décrite, et dont M. Montgomery a fait l'objet d'un mémoire inséré dans le numéro de mai du *Dublin quarterly journal of medecine*. Dans ce travail, M. Montgomery rapporte avec détail trois faits de trombus développés dans la lèvre antérieure du col de l'utérus. Dans les trois cas, la tumeur sanguine a apporté un obstacle momentané à la marche du travail, jusqu'à ce que la rupture de la tumeur sanguine eût permis le passage de l'enfant.

Dans un quatrième cas qui a été communiqué à la Société obstétricale de Dublin, M. Montgomery cite une hémorrhagie mortelle

survenue au quatrième jour après l'accouchement, l'utérus étant complétement revenu sur lui-même, par suite de la rupture spontanée d'une de ces tumeurs sanguines. A l'autopsie, on a trouvé une cavité sanguine occupant la lèvre antérieure du col et remontant jusque dans l'épaisseur des parois de l'utérus ; cavité dans laquelle venait s'ouvrir des vaisseaux importants qui avaient fourni l'hémorrhagie.

Quelle que soit la cause des paralysies traumatiques, qu'elles soient dues à la distension, à la commotion ou à la compression des troncs nerveux, le traitement reste le même, et la thérapeutique n'est pas aussi impuissante que MM. Chassaignac et Gosselin l'ont dit. Il est un médicament sur la valeur duquel l'expérimentation chimique a prononcé, c'est la strychnine. Rappeler les faits nombreux de guérisons dues à cet agent dans les cas de paralysies suite de lésions cérébrales ou spinales, ou même résultant d'une intoxication saturnine, est inutile. Il est vrai que dans les cas de paralysie traumatique la lésion se trouve bornée à un groupe de muscles. Or, soumettre l'économie entière à l'influence d'un médicament aussi énergique que la strychnine, lorsqu'il s'agit de combattre une paralysie locale, ne serait pas d'une saine pratique; mais il reste la voie endermique. Une bonne formule à rappeler est la pommade au sulfate de strychnine; des frictions faites largement sur les parties paralysées ont produit des succès, même dans des cas de paralysies dues à la lésion des centres nerveux. Vous pouvez encore porter plus directement l'agent médicamenteux sur les parties malades en dénudant le derme à l'aide d'un vésicatoire. Enfin, un dernier moyen sur lequel je crois devoir appeler votre attention est la galvanisation localisée.

Dans la dernière séance, M. Gosselin, en vous citant les deux cas intéressants de paralysie du membre supérieur qu'il avait observés à l'Hôtel-Dieu, vous a dit que les tentatives de M. Duchêne n'avaient produit qu'une amélioration. J'ai revu hier les deux malades de notre confrère, et je puis vous annoncer que le premier, celui dont la paralysie était due à une simple commotion, est complétement guéri, et a repris son métier d'ébéniste. Quant au second, le nommé Vacabelle, qui a fait le sujet de l'intéressante thèse de M. Simonis-Empis, et chez lequel la paralysie était compliquée d'une luxation, la cure n'est pas complète encore. Les muscles du

bras et de l'avant-bras ont, jusqu'à présent, seuls repris leurs mouvements complets, ainsi que leur volume normal; il reste à traiter les muscles de la main, qui, sous l'influence de la lésion nerveuse, s'étaient atrophiés comme ceux du bras et de l'avant-bras. Or, les résultats obtenus sur la partie supérieure du membre nous sont garants de la prochaine guérison de ce malade. Nous avons engagé M. Duchêne à vous présenter alors ses deux malades, et il le fera.

Dans un sujet aussi important, il était essentiel de signaler tous les moyens de traitement que les progrès de la science mettent à notre disposition, et je suis convaincu que la galvanisation doit être inscrite au nombre des moyens efficaces de traitement des paralysies traumatiques.

M. Forget et plusieurs membres expriment le désir de voir M. Huguier rédiger un travail sur les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne; ce travail serait le point de départ d'une discussion approfondie sur ce sujet.

M. Danyau communique un cas de paralysie du bras chez un enfant nouveau-né.

En écoutant, dit-il, les intéressantes communications faites dans la dernière séance sur les lésions nerveuses qui succèdent aux luxations du bras, aux contusions et même aux simples pressions de l'épaule, je me rappelai une phrase qui termine une observation de Smellie, et qui me semblait se rapporter au fait en discussion.

« La compression prolongée, dit l'auteur anglais, avait donné » lieu à une paralysie du bras qui dura plusieurs jours, mais céda » bientôt à des frictions et à des embrocations. » (*Cases and obs. in Midwifery*, II, 509.)

La mention de cet accident m'avait d'autant plus frappé, que je n'en avais rencontré d'exemple nulle part ailleurs, que je ne l'avais jamais observé moi-même, et n'avais pas connaissance qu'il eût été observé par d'autres. Les détails très insuffisants donnés par Smellie ne permettaient guère de démêler la cause de cette paralysie, et ce fait était resté inexpliqué pour moi. Le hasard me fit trouver, le lendemain même de la séance de la Société, l'explication que j'avais vainement cherchée.

Voici dans quelles circonstances :

Une femme primipare, dont l'urine était chargée d'albumine,

était arrivée presque au terme d'un travail assez pénible qui avait duré plus de vingt-quatre heures, lorsqu'une attaque d'éclampsie survint. La tête, en position occipito-iliaque droite postérieure, venait de franchir l'orifice. On disposa tout pour l'application du forceps. Pendant ces préparatifs, une seconde attaque très forte eut lieu. Bien que très basse, la tête fut un peu plus difficilement extraite que dans les cas simples, où elle est à la vulve en position occipito-antérieure. L'occiput fut dégagé en arrière, la face en avant. L'enfant, garçon fort, à terme, pesant près de 3 kilogrammes et demi (3,325), naquit dans un état de mort apparente. Il fut ranimé par l'insufflation après une demi-heure de soins.

Lorsqu'il me fut présenté (trente-six heures après la naissance), il respirait assez bien, mais sans crier; il avait évacué son méconium, prenait de l'eau sucrée et du lait à la cuiller, mais ne tetait pas. Il y avait à la fois hémiplégie faciale à gauche et paralysie du membre supérieur du même côté. Je ne dirai rien de l'hémiplégie faciale, qui n'était pas tout à fait complète et qui offrait d'ailleurs les caractères particuliers qu'elle présente chez les nouveau-nés.

Le membre supérieur gauche pendait immobile sur le côté du corps, l'avant-bras dans la pronation, les doigts demi-fléchis. Lorsqu'on le soulevait, il retombait inerte à sa place; la flexion de l'avant-bras sur le bras était instantanément suivie du retour à l'extension passive; non-seulement aucun mouvement spontané n'avait lieu dans le membre, mais encore on essayait vainement d'en provoquer en pinçant la peau. L'enfant témoignait bien, par un petit grognement et par un léger mouvement d'élévation de l'épaule produit par l'action du trapèze, que la sensibilité n'était point affaiblie; mais la paralysie du mouvement était évidemment complète.

En examinant la partie latérale gauche du col, je vis qu'une eschare presque linéaire, de 1 centimètre de longueur, et dont la chute laissa plus tard une plaie pénétrante dans le tissu cellulaire, existait le long du bord externe du trapèze. Elle avait été produite par la branche droite du forceps, qui, sans doute par suite d'un peu de déflexion et d'inclinaison de la tête, avait pénétré loin sur le côté du col et comprimé le plexus brachial, comme elle avait comprimé le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Dès lors ce fait n'était plus comparable à ceux qui avaient antérieure-

ment occupé la Société. Son extrême rareté m'a cependant fait penser qu'il y avait quelque intérêt à l'en entretenir.

La vie de l'enfant avait toujours été si précaire, que je ne fus pas étonné de le voir s'affaiblir de plus en plus. Il vécut cependant huit jours, et succomba après être resté pendant quarante-huit heures dans une sorte de léthargie, à laquelle se joignirent, le dernier jour, une cyanose assez prononcée, un refroidissement très marqué et une insensibilité générale presque complète.

Je ne ferai que mentionner parmi les lésions trouvées sur le cadavre un céphalœmatome de moyen volume sur le pariétal gauche, un peu de suffusion sanguine à la surface de l'hémisphère droit du cerveau en arrière, l'oblitération incomplète du trou de Botal, une péritonite caractérisée par un épanchement sanguin et purulent baignant toute la cavité abdominale et les viscères qu'elle contient, et j'arrive aux altérations qui ont particulièrement trait à la paralysie observée pendant la vie.

Il y avait un léger épanchement de sang dans les tissus environnant le plexus brachial du côté gauche à son origine. Depuis ce point jusqu'au dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentent une teinte sanguinolente, qui ne disparaît nullement par le frottement; au delà des scalènes, au niveau du creux axillaire, les nerfs sont décolorés comme à l'état normal. Le tissu nerveux présente partout la consistance ordinaire. — Les tissus qui environnent le nerf facial, au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien pour aller s'enfoncer dans la glande parotide, sont ecchymosés; le nerf lui-même est injecté dans cette partie de son trajet; au delà de la parotide les rameaux nerveux présentent leur coloration normale.

Dans le cas que je viens d'avoir l'honneur de faire connaître à la Société, la paralysie du membre supérieur est exactement de la même espèce que celle si fréquemment observée sur l'un des côtés de la face; elle reconnaît la même cause, la compression par l'une des branches du forceps. Si le forceps peut comprimer, contenir et paralyser le nerf facial, il peut aussi, quoique plus difficilement et dans quelques cas tout à fait exceptionnels, atteindre le plexus brachial et produire sur lui les mêmes effets. Le cas que j'ai rapporté ne le prouve-t-il pas surabondamment? Traces évidentes de l'instrument; co-existence des deux paralysies sur le même sujet, du

même côté; altérations absolument identiques, et, suivant toute probabilité, produites au même moment.

La disparition graduelle et en général assez rapide de l'hémiplégie faciale des nouveau-nés produite par la compression du forceps doit faire penser que la paralysie du membre supérieur, dépendant de la même cause, céderait également sans peine à l'emploi de moyens simples si l'enfant se trouvait d'ailleurs dans de bonnes conditions. C'est ce qu'on peut inférer des lésions peu graves constatées dans le cas que j'ai rapporté et du résultat promptement heureux des frictions et des embrocations employées par Smellie. Au reste, pour dire entièrement mon opinion sur le cas de l'illustre accoucheur anglais, je ne doute pas maintenant que la paralysie observée par lui, et qui avait cela de très remarquable qu'elle était double, ne fût due à la compression, par les branches du forceps, de l'un et de l'autre plexus brachial. C'est ce dont on peut se convaincre en lisant attentivement cette observation, en remarquant qu'il s'agissait d'une présentation de la face, et en songeant que, pour extraire la tête, Smellie se servit probablement dans ce cas de son forceps droit.

— M. Chassaignac présente trois malades :

1° Un sur lequel il a enlevé une tumeur érectile veineuse située à la partie interne de la main ;

2° Une autre malade portant une tumeur érectile veineuse de la langue et de la joue ;

3° Un troisième ayant deux tumeurs variqueuses situées à la partie interne du membre inférieur droit.

*Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 4 juin* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Épanchement de sang derrière l'utérus.

M. Denonvilliers. Je regrette de n'avoir pu assister aux deux dernières séances ; j'aurais apporté à la discussion des tumeurs san-

guines postéro-utérines deux nouveaux faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Voici le premier :

Une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital le 8 mars, dans le service de M. Marotte.

Dans les premiers jours de février, elle venait d'avoir ses règles d'une manière régulière, quand elle ressentit des coliques hypogastriques vives, intermittentes, assez pénibles pour l'obliger à se coucher, et s'accompagnant de constipation. Ces phénomènes persistent tout le mois.

Le 5 mars suivant, ses menstrues, en retard de huit jours, paraissent et ne durent que deux jours, au lieu de six, durée ordinaire. En même temps les coliques hypogastriques et la constipation persistent; de plus, une rétention d'urine se manifeste. La malade, effrayée de ce nouvel accident, entre à l'hôpital trois ou quatre jours après.

Le 30 mars, les règles reparaissent trois jours d'avance, coulent peu et ne durent que deux jours. Cette dernière époque est le point de départ des symptômes d'une péritonite. De plus, la tumeur abdominale que l'on avait constatée par l'hypogastre et par le vagin lors de l'entrée de la malade dans le service augmente notablement dans l'espace de quatre jours, de telle manière qu'elle s'élève davantage au-dessus des pubis, et qu'elle descend plus bas dans le vagin.

Les accidents de péritonite persistent jusqu'au 11 avril, époque où la malade rend par le rectum, et après de vives coliques, environ 500 grammes de sang noir en grande partie coagulé et ressemblant à de la gelée de groseilles. Les jours suivants, de nouvelles quantités de sang sont rendues par la même voie; la diarrhée est presque continuelle. La tumeur de l'hypogastre semble s'affaisser; celle du vagin reste, au contraire, tendue.

Vers le 10 mai, un écoulement mêlé de sang et de pus se fait par le vagin.

Appelé le 15 près de la malade, je trouvai à la partie supérieure du vagin une petite ouverture que j'agrandis largement, en faisant communiquer la poche rectale avec la poche vaginale; mais il se déclara une infection purulente et la mort eut lieu le 25.

A la dissection, la tumeur m'a paru située dans le péritoine, dans le cul-de-sac utéro-rectal, d'où elle remontait jusqu'aux liga-

ments larges qui faisaient partie de la poche. L'épanchement était limité en haut par la masse intestinale adhérente.

Les ovaires, assez volumineux, correspondaient par une de leur face à l'intérieur du foyer, et tous deux offraient sur cette face plusieurs lacunes ouvertes dans le kyste sanguin, comme si l'épanchement avait eu sa source dans des ruptures partielles des ovaires.

Rien à noter dans les trompes, qui étaient plutôt rétrécies que dilatées.

Chez la seconde malade, l'affection s'annonça également par un dérangement dans la menstruation, dérangement qui avait cependant été précédé par des douleurs abdominales. Ces douleurs, qui duraient depuis plusieurs semaines, disparurent à l'époque suivante. Mais les règles sont devenues irrégulières et se sont bientôt transformées en de véritables pertes en même temps que le ventre se tuméfiait. Cette femme entre épuisée à l'hôpital Sainte-Marguerite. A l'hôpital, l'abondance de l'écoulement sanguin diminue, mais il reste permanent. La tumeur était bilobée comme la précédente. Le col utérin était un peu dévié en avant; derrière le col, je trouvai une tumeur arrondie, du diamètre d'une pièce de cinq francs; elle était le siége d'une fluctuation réelle, quoique obscure. Le doigt, placé dans le vagin, en pressant sur cette tumeur, s'y était formé un godet comme sur une partie œdémateuse. Cinq ou six jours plus tard, le col était tellement repoussé en avant qu'il était difficile de l'atteindre. La tumeur hypogastrique et la tumeur vaginale avaient augmenté toutes deux.

Le vagin offrait, au lieu de cette coloration violacée que M. Nélaton a signalée, une teinte grise et presque de la pâleur. Je plongeai d'abord dans la tumeur vaginale un trocart court et de gros calibre. Il ne sortit rien dans le moment; puis, au bout de dix minutes, des pressions exercées sur la tumeur abdominale expulsèrent par la canule du sang coagulé assez semblable à du résiné. Du reste, avant l'issue de ce coagulum, je ne redoutai nullement une erreur de diagnostic. La facilité avec laquelle je faisais décrire des arcs de cercle à l'extrémité profonde de la canule montrait évidemment qu'elle avait pénétré dans une cavité. Je me décidai à agrandir l'ouverture de la ponction à l'aide du bistouri boutonné; et la difficulté que j'éprouvai à introduire cet instrument me fit regretter de n'avoir pas employé un trocart cannelé. J'injectai de l'eau

tiède, qui ressortit à peine colorée. Le lendemain, la malade avait perdu un peu de sang. Voyant que je ne réussissais pas à expulser le coagulum, je pris le parti de l'extraire. N'ayant pas sous la main d'instrument approprié, je me servis d'une cuiller à café emmanchée. Mais comme elle ne ramenait à chaque fois que son contenu, je divisai la masse du caillot avec une spatule arrondie à son extrémité; puis des injections furent faites. Ce moyen fut moins insuffisant que les autres; mais il est encore bien resté un sixième de l'épanchement dans la poche, et il faudra chercher un procédé plus efficace.

M. Monod, sur l'invitation de M. le président, donne les détails suivants sur le cas qu'il n'avait fait qu'indiquer sommairement dans une précédente séance :

La malade était entrée à la Maison nationale de santé avec les symptômes qui accompagnent ordinairement les déplacements de matrice. Au toucher, je constatai une tumeur entre le rectum et l'utérus, et j'annonçai une rétroflexion. Cependant l'intensité des douleurs abdominales me laissait des doutes. Le lendemain, la tumeur avait augmenté, et, après un examen plus approfondi, je me prononçai définitivement pour un épanchement de sang. Il y eut une rétention d'urine, des symptômes d'ictère et d'infection générale. Une fluctuation obscure se manifesta derrière le col; je fis une ponction, qui donna issue à du sang brunâtre. L'évacuation du foyer restait incomplète; je pratiquai une nouvelle ponction à côté de la première et deux jours après. Quinze jours après son entrée, la malade succombe à une péritonite compliquée d'infection purulente.

Il répète en terminant que, selon lui, l'épanchement sanguin siégeait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Huguier. Les faits de M. Denonvilliers confirment la distinction que j'avais établie entre les tumeurs sanguines péri-utérines; ils démontrent que ces épanchements se font tantôt dans le péritoine, tantôt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Lenoir. Les deux observations, et surtout la pièce anatomique présentée par M. Denonvilliers, ont à mes yeux une grande importance, parce qu'elles tendent à éclaircir deux points encore obscurs de l'histoire des tumeurs sanguines péri-utérines.

Le premier de ces points est relatif au siège précis de l'épan-

chement sanguin : or, dans la pièce qui est soumise à votre examen, cet épanchement a bien évidemment lieu dans le cul-de-sac recto-vaginal formé par le péritoine, et c'est bien dans la cavité péritonéale, transformée en une poche circonscrite par des adhérences pseudo-membraneuses, que le sang épanché est contenu.

Le second point est relatif à l'étiologie de la maladie. Dans les deux observations, il est fait mention que les accidents se sont développés immédiatement après l'époque menstruelle, et dans la pièce anatomique on peut constater à la surface de l'un des ovaires deux petits kystes sanguins ouverts à la surface de ces organes. Cette coexistence n'éclaire-t-elle pas l'étiologie de ces épanchements de sang ? Ne sait-on pas, en effet, qu'à chaque époque menstruelle il y a rupture d'une des vésicules ovariques, à la suite de laquelle l'œuf contenu dans cette vésicule tombe dans la trompe ou dans la cavité péritonéale ? Or cette rupture est toujours accompagnée et suivie d'un écoulement de sang ordinairement peu considérable, mais qui quelquefois est assez abondant pour former à la surface des ovaires des tumeurs du volume d'une noix, comme j'en ai déjà vu deux exemples chez des femmes mortes pendant l'époque menstruelle. Maintenant ne peut-il pas se faire que le sang fourni par la rupture de la vésicule ovarique, au lieu d'être en petite quantité et de séjourner à la surface de l'ovaire, soit épanché de manière à représenter une hémorrhagie légère, qu'il tombe dans la cavité péritonéale et s'accumule dans le cul-de-sac recto-vaginal ? C'est l'idée que me suggère la coexistence mentionnée plus haut et que je soumets à votre appréciation.

### Tumeurs vasculaires.

M. Chassaignac rend compte à la Société des trois malades qui ont été présentés à la séance précédente et au commencement de la séance d'aujourd'hui.

Obs. I. — *Tumeurs variqueuses considérables de la jambe et de la cuisse avec phénomènes alternes de fluctuation et bruit de souffle.*

Le sujet de cette observation est un homme de 51 ans, entré le 15 mai à l'hôpital Saint-Antoine pour un petit ulcère variqueux de la jambe. Il présente à la partie interne de la cuisse droite une

énorme tumeur variqueuse exclusivement formée d'un peloton assez régulièrement arrondi de veines flexueuses. A la partie interne de la jambe droite et à la hauteur du mollet existe une tumeur semblable à la première sous le rapport du volume, de la forme et de la composition. Ces tumeurs communiquent visiblement entre elles au moyen de la veine saphène interne très dilatée. Cette circonstance a donné l'idée d'explorer les deux tumeurs sous le rapport de la fluctuation qui pourrait être renvoyée de la première à la seconde *et vice versa*. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que la fluctuation n'est pas réciproque d'une tumeur à l'autre dans le même moment et avec une même attitude du membre. Le malade est-il couché; si l'on applique une main sur l'une des deux tumeurs et l'autre sur la seconde, la pression alternative des deux tumeurs donne le choc de la fluctuation à un degré très prononcé dans la tumeur du mollet; il est nul dans celle de la cuisse. La *fluctuation descendante* existe seule. Le malade est-il debout, résultat diamétralement opposé. Choc de fluctuation très prononcé à la tumeur de la cuisse, nul à celle de la jambe. Fluctuation *ascendante*.

Autre remarque : chaque fois que dans l'attitude verticale du sujet on exerce une compression brusque sur la tumeur de la jambe, un bruit de souffle très distinct se manifeste à l'oreille appliquée sur la tumeur supérieure.

Chez ce malade, ainsi du reste que chez tous les sujets atteints de varices de la saphène interne, M. Chassaignac mentionne un renflement ampullaire qui lui paraît avoir un siége constant, et cela à la hauteur du pli du genou du côté interne, dans le point correspondant à la dépression qui existe à la partie déclive de la tubérosité interne du tibia. Cette ampoule, ou golfe de la saphène interne, offre dans le cas particulier ceci de remarquable, que le moindre choc du doigt sur l'ampoule se fait sentir aussitôt dans chacune des deux tumeurs, en quelque attitude que soit actuellement le malade, debout ou couché.

Obs. II. — *Tumeur érectile sous-cutanée de la main coïncidant avec une tache cuticulaire congénitale répondant au centre de la tumeur.*

Cette tumeur existe chez un jeune homme de seize ans, tourneur en cuivre, entré le 22 avril 1851 à l'hôpital Saint-Antoine.

A la naissance, tache cuticulaire de la grandeur d'une lentille au côté interne de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt. Jusqu'à l'âge de dix ans, état absolument stationnaire; à partir de cette époque, progrès continu, mais assez lent; marche plus rapide dans les deux dernières années. Enfin tumeur érectile veineuse bien caractérisée, du volume d'une grosse noisette, devenant le siége d'élancements fréquemment répétés.

Ablation de la tumeur par l'instrument tranchant après quelques jours d'usage préventif de l'alcoolature d'aconit, et l'emploi du chloroforme au moment de l'opération. Au lieu de trouver une masse tout entière érectile, spongieuse, on voit qu'une portion de la tumeur est constituée par des flexuosités veineuses à parois bien distinctes; en outre, la peau est vascularisée par un réseau très dense de radicules veineuses offrant çà et là des renflements ampullaires. (M. Lebert a fait l'analyse anatomique de la tumeur.) L'opération n'a donné lieu qu'à une seule ligature d'artère. Trois épingles entortillées et le pansement par occlusion sont appliqués. La réunion par première intention a été obtenue. Au quinzième jour, une cicatrice de bonne nature, très résistante et ne présentant aucune trace suspecte, était formée. C'est dans cet état que le malade a été présenté à la Société de Chirurgie, qui l'avait examiné avant l'opération.

Le troisième malade, présenté par M. Chassaignac, offre un exemple de *tumeur érectile* veineuse arrivée à un degré d'envahissement extraordinaire, et qui la place d'emblée au-dessus des ressources de l'art.

En effet, toute la région temporo-maxillaire droite, une partie de l'oreille, une portion du maxillaire inférieur dont le tissu osseux a été détruit, la presque totalité de la langue, moins une petite portion siégeant près de la pointe du côté droit, l'amygdale droite, la

voûte palatine, le plancher de la bouche, sont convertis en tissu veineux, bleuâtre, spongieux, cédant à la pression, d'une rénitence modérée, et ne donnant lieu à aucune douleur.

Quand on comprime la langue entre les doigts, on sent trois ou quatre petits corpuscules très durs, insensibles à la pression, et qui ne semblent autre chose que ces concrétions veineuses appelées phlébolithes.

Il existe en outre une varicocèle assez volumineuse à gauche. Du reste, point d'hémorrhoïdes; seulement, quelques varices aux membres inférieurs.

Interrogé sur l'époque d'apparition de ces diverses tumeurs qui, selon toute apparence, entretiennent des communications, du moins en ce qui concerne les tumeurs de la tête, le malade nous apprend:

Que la tumeur de la langue existe depuis sa naissance, du moins ses parents lui ont-ils dit avoir remarqué la coloration bleuâtre de la langue dès les premiers temps de sa naissance; et, de plus, il rapporte que, depuis qu'il se connaît, il a toujours eu la parole embarrassée.

La tumeur temporo-maxillaire est rapportée à l'avulsion d'une dent pratiquée à l'âge de seize ans.

C'est à la même époque qu'il fait remonter la varicocèle, à la suite d'un travail forcé.

Il semblerait que la tumeur, originairement linguale, a poussé des embranchements successifs vers tous les points que nous avons indiqués; seulement le mode, les dimensions et le siége anatomiques précis des points inter-communiquants ne sont pas rigoureusement établis.

Cet homme a un de ses enfants qui présente, comme lui, de l'embarras dans la parole, causé par une tuméfaction avec coloration bleuâtre de la langue.

Chez le malade, la parole est difficile et empâtée; il lui arrive quelquefois de se mordre la langue, mais il n'a jamais eu d'hémorrhagie. Quand il se livre avec force à sa profession de mécanicien, toutes ces tumeurs se gonflent, et il survient une salivation assez abondante. Il éprouve souvent des douleurs comme névralgiques dans le côté droit de la tumeur. Aucun phénomène d'auscultation à noter.

Le développement considérable du tissu malade rendant toute

opération impraticable, on se borne à lui faire tenir le plus longtemps possible, dans la bouche, de gros fragments de glace au moyen de la pince de Museux.

M. Lebert. La tumeur que M. Chassaignac m'a chargé d'examiner était formée par des veines volumineuses, sans communication entre elles dans sa partie sous-cutanée; dans la partie cutanée de la tumeur, il n'y avait pas non plus de communication entre les veines; mais ces vaisseaux offraient des dilatations partielles, qui sont, d'après mes recherches antérieures, une tendance à la communication qui aurait certainement amené plus tard une texture caverneuse.

**Hydrocèle avec épanchement de matière plastique infiltrée de sérosité, avec un kyste du cordon.**

M. Huguier. Une hydrocèle me paraissait présenter des caractères particuliers; j'incisai couche par couche jusqu'à la tunique vaginale inclusivement. Il sortit de la sérosité transparente. La tumeur ayant peu notablement diminué de volume, j'agrandis l'incision avec des ciseaux, et je fis sortir de la tunique vaginale une masse spongieuse, œdémateuse, qui était légèrement adhérente. Il était encore un kyste à la partie inférieure du cordon; je l'incisai également. Ce fait me semble surtout intéressant au point de vue de la masse spongieuse et infiltrée extraite de la tunique vaginale.

M. Michon. Je crois qu'en regardant de plus près ce fait, il perdra ce qu'il peut au premier abord offrir d'exceptionnel. Pour moi, il s'agissait tout simplement d'une hydrocèle multiloculaire dont les loges siégeaient dans une fausse membrane. J'ajouterai que ces cas ne sont pas rares, et qu'on en trouve des exemples dans les auteurs, et notamment dans Pott. Je demanderai si la tumeur la plus élevée n'était pas, au lieu du kyste du cordon, une de ces loges contenues dans la tunique vaginale.

M. Lenoir. La complication d'un kyste du cordon avec l'hydrocèle proprement dite est fréquente; la forme d'épanchement vaginal rencontré par M. Huguier n'est pas extrêmement rare, si l'épanchement est le résultat d'une récidive après l'injection. Mais ce cloisonnement de l'hydrocèle a quelquefois lieu d'emblée; le fait suivant m'empêcherait de l'oublier.

Un jour que A. Cooper assistait à la clinique de Dupuytren, une hydrocèle arrive à la salle d'opérations; le chirurgien de l'Hôtel-Dieu présente le trocart à son illustre confrère de Londres, qui le refuse par le même sentiment qui l'avait fait offrir. Dupuytren plonge l'instrument dans la tumeur, et il ne sort rien. Il annonce immédiatement qu'il s'agit d'une hydrocèle multiloculaire, et qu'en perforant successivement les cloisons, le liquide va s'écouler, et c'est ce qui eut lieu.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, MOREL-LAVALLÉE.

## *Séance du* 11 *juin* 1851.

**Présidence de M. DANYAU.**

### Hydrocèle. — Extraction d'une masse spongieuse de la tunique vaginale.

M. LEBERT. La masse spongieuse infiltrée que M. Huguier a extraite de la tunique vaginale ne m'a pas offert au microscope les caractères d'une fausse membrane. On n'y trouve aucune trace de fibrine amorphe; c'est un tissu cellulo-vasculaire qui résulte, pour moi, d'une sorte d'exfoliation de la tunique vaginale.

— M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur le 33e volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres.*

### De la ténotomie dans les fractures.

M. LARREY, à propos du mémoire de M. Campbell (de Morgan), cité par M. Giraldès, dit avoir eu l'occasion de rappeler à l'Académie de Médecine que la ténotomie dans le traitement des fractures irréductibles avait été employée pour la première fois par le docteur Meynier (d'Ornans), ancien chirurgien militaire.

### Luxation du bras avec la fracture du col chirurgical et du col anatomique de l'humérus.

M. LENOIR met sous les yeux de la Société une pièce anatomique qui est curieuse par la multiplicité et par la rareté de quelques-unes des lésions qu'elle présente. C'est une articulation scapulo-humérale sur laquelle on rencontre à la fois une fracture du col

chirurgical de l'os, une fracture du col anatomique de ce même os, une luxation en avant de la tête humérale et une fausse ankylose de la cavité glénoïde de l'omoplate avec le fragment inférieur de l'humérus.

Le sujet sur lequel cette pièce a été prise est une vieille femme de 83 ans, encore pourvue d'assez d'embonpoint, et qui est tombée seulement de sa hauteur sur le sol, son coude gauche étant écarté du tronc.

Un médecin appelé après l'accident lui dit qu'elle avait le bras démis et exerça des manœuvres de réduction. Celles-ci furent très douloureuses et accompagnées de craquement; mais, comme elles n'avaient produit aucune réduction, la malade entra le lendemain à l'hôpital Necker.

On constata à la visite une tuméfaction notable de la partie supérieure du bras gauche avec ecchymose assez étendue de sa partie interne, un raccourcissement de 2 centimètres, le membre étant mesuré de l'acromion à l'épicondyle, et enfin une crépitation rude et multiple pendant les mouvements de rotation et d'élévation du bras.

Vu le grand âge de la malade et les douleurs qu'elle éprouvait dans cet examen, on ne chercha pas à préciser davantage le siége de la lésion. On diagnostiqua une fracture du col chirurgical de l'humérus et on appliqua des résolutifs sur l'épaule, et quelques jours après un appareil approprié à l'espèce de fracture qu'elle portait. Cet appareil fut maintenu pendant près de trois mois et renouvelé de temps à autre. Au bout de ce temps, il fut levé, et la consolidation de la fracture parut achevée; la malade pouvait très légèrement mouvoir son bras d'avant en arrière; mais elle ne bougeait pas de son lit, quand elle fut prise d'accidents cérébraux, qui dénotèrent un ramollissement de l'organe, et qu'elle mourut. A l'autopsie, l'épaule, examinée avec soin, a présenté les altérations suivantes, que la Société peut encore constater, en partie du moins, sur la pièce que M. Lenoir met sous ses yeux.

1° *Une fracture du col anatomique de l'humérus.* — La solution de continuité porte évidemment sur cette partie de l'os, et le fragment supérieur qui en résulte est exclusivement formé par la tête humérale recouverte par son cartilage d'incrustation. Ce fragment tient encore au pourtour de la cavité glénoïde par une petite

portion de la capsule articulaire, qui s'insère dans l'étendue de quelques millimètres sur la rainure qui sépare cette tête de la grosse tubérosité.

2° *Une luxation de la tête de l'humérus.* — En effet, le fragment supérieur de la fracture, formé, comme nous venons de le dire, par la tête de l'humérus, au lieu d'occuper la cavité glénoïde de l'omoplate, est passé en avant de cette cavité et est venu se placer sur la troisième côte après avoir éprouvé un mouvement de bascule sur lui-même, par suite duquel sa face articulaire regarde directement en avant. Dans ce point, il est recouvert par le plexus brachial et l'artère de ce nom, qu'il soulève. Cette tête de l'humérus est maintenue dans cette position par une portion de la capsule articulaire, qui lui adhère encore, et sur laquelle la surface inégale résultant de la fracture qu'elle a subie repose et peut même glisser.

3° *Une fracture du col chirurgical du même os.* — Quoique les fragments soient consolidés, il est encore facile de suivre sur la pièce anatomique les dépressions et les saillies qui limitent cette fracture ; elle passe au-dessous des deux tubérosités humérales, et sa réduction n'est pas tellement exacte que la coulisse bicipitale de l'os ne se trouve déviée de sa direction habituelle.

4° Enfin, il existe entre la cavité glénoïde et la surface fracturée de l'humérus des *adhérences* courtes et assez larges qui unissent ces parties l'une à l'autre, mais qui cependant permettent encore de légers mouvements de glissement.

M. Lenoir avoue n'avoir pas constaté chez cette malade l'existence de la fracture du col chirurgical et de la luxation de la tête de l'os. Il se demande, dans le cas où il aurait pu préciser davantage le diagnostic de ces diverses lésions, si sa conduite eût été différente; il regarde comme impossible la réduction d'une pareille luxation *sens dessus dessous* de la tête humérale, et il ne connaît aucun moyen propre à la maintenir réduite.

M. Maisonneuve. Puisque la luxation a échappé à M. Lenoir, il fallait qu'il fût impossible de la constater, et sans doute que le moyen dont je vais parler n'eût pas permis d'arriver à ce but. Cependant le chloroforme présente ici de très grands avantages ; en supprimant la douleur et la contraction musculaire, il favorise

merveilleusement l'examen et conséquemment le diagnostic de la lésion.

M. Larrey. Le cas rare et intéressant observé par M. Lenoir vient d'être pour M. Maisonneuve le sujet d'une remarque qui me permettra d'y ajouter quelques mots. J'ai eu occasion aussi d'utiliser l'emploi de l'anesthésie comme moyen de diagnostic de certaines lésions des membres et spécialement dans des cas dont l'observation est plus fréquente aux hôpitaux militaires qu'aux hôpitaux civils. Il s'agit d'affections simulées par des conscrits et surtout par des remplaçants qui cherchent à se faire réformer, et parviennent quelquefois à force d'adresse et de persévérance à imiter les effets réels soit d'une ankylose, soit d'une rétraction, d'un raccourcissement ou d'une déviation des membres. L'exploration la plus attentive, les manœuvres les mieux dirigées ne suffisent pas toujours à faire reconnaître la réalité des cas de ce genre; tandis qu'à l'aide du chloroforme administré prudemment on réussit à constater s'il s'agit d'une affection vraie, exagérée ou simulée.

Dès les premiers temps où l'éthérisation fut mise en usage, ajoute M. Larrey, j'en ai essayé l'effet dans les conditions que j'indique, et, sans y attacher d'abord une grande importance, j'ai reconnu depuis tout le parti que la chirurgie militaire et peut-être la médecine légale pourraient tirer des agents anesthésiques dans des circonstances semblables.

M. Chassaignac. Voici un point qui me paraît mériter des éclaircissements. Je vois bien des restes de la capsule se rendre du pourtour du fragment inférieur au col glanoïdien; mais il y a d'autres faisceaux fibreux qui partent du centre même de la coupe de ce fragment. Comment expliquer cette insertion centrale?

M. Lenoir. C'est tout simplement un tronçon fibreux qui a contracté les adhérences sur ce point du fragment. Quant à la violence de la chute, elle a eu lieu de la hauteur de la malade et dans l'attitude que j'ai indiquée; il n'était pas possible de tirer beaucoup de lumières de cet antécédent. J'ajouterai que l'embonpoint du sujet augmentait encore l'obscurité du diagnostic.

M. Boinet. Je me demande si la perception d'une tumeur arrondie dans l'aisselle n'eût point donné au moins la présomption de l'existence de la luxation. Je désirerais savoir si l'on a cherché ce signe.

M. Nélaton. Sans nul doute M. Lenoir connaît le cas de Houzelot cité par Delpech, où la tête séparée du corps de l'os était allée se loger sous l'épine de l'omoplate.

M. Lenoir. C'est moi qui ai donné la pièce au Musée du Val-de-Grâce; je l'avais reçue de M. Houzelot, qui a été l'un de mes premiers maîtres. Je ne pouvais donc pas ignorer ce fait, et notre secrétaire en a consigné quatre autres semblables dans sa dernière thèse du concours, les uns avec autopsie, les autres avec réduction et guérison complète ou avec ankylose; mais dans ces cas, une fracture unique compliquait la luxation, tandis que dans le mien cette fracture est double.

M. Morel-Lavallée. Je remercie d'abord M. Lenoir d'avoir bien voulu citer ma thèse; elle contient encore des exemples d'une complication analogue pour d'autres luxations, pour celles de la hanche et du cou-de-pied, où l'os luxé, le fémur et l'astragale s'est en même temps fracturé. Ce que le fait de M. Lenoir offre de nouveau, c'est en effet la fracture simultanée des deux cols de l'humérus coïncidant avec la luxation de l'os; la terminaison de ces deux fractures par ankylose est aussi un des points intéressants de cette observation. — On a dit que la présence de la tête dans l'aisselle aurait peut-être pu mettre sur la voie du diagnostic de la luxation. Il y a un autre signe plus facile à saisir; mais sans doute qu'il n'était pas appréciable dans ce cas, puisque M. Lenoir n'en a pas parlé; c'est l'aplatissement de l'épaule.

M. Lenoir. Ce qui m'a surtout frappé, c'était une crépitation des plus caractérisées; la douleur et le gonflement, qui étaient considérables, ne permettaient pas de compléter les explorations.

### Cholestérine du globe oculaire (synchisis étincelant).

M. Chassaignac. Dans une des dernières séances de la Société, j'ai eu l'honneur de vous présenter un malade offrant un très bel exemple de cette curieuse altération de l'œil, qui consiste dans l'existence de corps étincelants dans le globe oculaire. Cette altération, désignée par M. Desmarres sous le nom de *synchisis étincelant*, par M. Sichel sous celui de *spinthéropie*, nous semble pouvoir être, d'après le progrès rapide des études faites sur sa nature, désignée sous le nom de *cholestérie* du globe oculaire.

Nous la subdivisons en *cholestérie libre* et *cholestérie adhérente*,

suivant que les paillettes scintillantes sont dénuées de toutes connexions et qu'elles jouissent d'une mobilité absolue, ou suivant qu'elles ont un rétinaculum, une adhérence plus ou moins forte à tel ou tel des éléments du globe oculaire.

Nous rejetons la division fondée sur le caractère de mobilité ou d'immobilité des paillettes, par cette raison que la mobilité de ces corpuscules peut exister dans deux conditions très différentes, puisqu'il en est qui sont mobiles d'une manière absolue et dépourvus de toute adhérence, tandis qu'il en est d'autres qui, tout en ayant des adhérences, — lâches, il est vrai, — sont mobiles aussi. Or la condition anatomique consistant dans l'existence ou la non-existence de l'adhérence de ces corps nous paraît plus importante en matière de classification que la circonstance de leur mobilité ou de leur immobilité.

Le fait que nous avons présenté à la Société nous a paru surtout digne de son attention en ce sens qu'il établit une variété nouvelle, et voici en quoi :

Jusqu'ici toutes les observations recueillies, elles sont au nombre de quinze, et celle-ci fait la seizième, portent sur des cas où il y avait une communication non douteuse entre la chambre antérieure et la chambre postérieure de l'œil à travers la pupille. Dans notre observation cette communication n'existe pas; mais la communication est détruite depuis un trop grand nombre d'années pour permettre de supposer que les corps étincelants formés d'abord dans la chambre postérieure de l'œil auraient pu être transmis de ce point dans la chambre antérieure avant l'oblitération de la pupille, oblitération qui est évidemment ici contemporaine de la lésion primitive du globe oculaire. Or cette lésion traumatique date de l'âge de cinq ans, et le malade en a actuellement vingt-sept.

C'est là ce qui forme le point curieux de l'observation. En effet, ce seul exemple suffirait pour battre en brèche toutes les théories qui supposent 1° la production exclusive des paillettes étincelantes dans la chambre postérieure; 2° la présence de ces paillettes dans la chambre antérieure, comme étant le résultat d'un déplacement purement secondaire.

Voici l'observation :

Le nommé Paroissien, plâtrier, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 6 mars 1851. Suivant le récit du ma-

lade, la lésion dont son œil droit est le siége aurait pour origine un coup violent porté sur cet organe dès l'âge de cinq ans, dans une chute sur l'extrémité d'une pompe à tirer le vin. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois que la vision se perdit entièrement dans l'œil blessé. La couleur des iris est brunâtre; les cheveux sont noirs.

Aujourd'hui, atrophie peu considérable de l'œil droit; consistance normale; diminution des diamètres de la cornée et de sa convexité. Cette membrane présente dans son tiers inférieur un croissant horizontal de couleur blanchâtre conservant un peu de transparence, et qui est évidemment la trace de la blessure reçue à l'œil autrefois.

Dans la chambre antérieure de l'œil, on voit, surtout en faisant l'examen au soleil, à l'œil nu, et mieux encore avec une loupe, de petits corpuscules brillants très nombreux, de volume différent, mais toujours très petits. On ne peut mieux les comparer qu'à des paillettes métalliques d'une teinte dorée. Avant d'entrer plus avant dans l'étude de ces paillettes, nous nous arrêterons un instant sur l'état de la chambre antérieure, de la pupille et du cristallin.

La partie inférieure de la *chambre antérieure*, dans le point correspondant à l'opacité signalée plus haut, paraît, au premier abord, complétement oblitérée. On voit très distinctement les extrémités du croissant opaque se confondre avec l'iris. A un examen plus attentif, il nous a semblé qu'à la partie moyenne un petit intervalle libre s'était conservé entre l'iris et la cornée. Nous aurons occasion de revenir sur ce petit godet, c'est ainsi que nous le désignerons, et l'on verra le rôle que nous lui assignons : c'est le réceptacle de ceux des petits corpuscules qui ont atteint la partie la plus déclive de la chambre antérieure.

La *pupille* est petite, absolument et toujours immobile, à quelque lumière que l'œil soit exposé. Elle est déformée, ovalaire de haut en bas et de dedans en dehors, adhérente à la capsule cristalline, ou du moins aux produits pseudomembraneux qui la recouvrent dans tout l'espace correspondant au champ de la pupille oblitérée. A la partie supérieure interne, on voit très distinctement une petite houppe brune de l'iris, étendue sur le tampon pupillaire. Celui-ci, qui offre une couleur jaune-verdâtre, est-il constitué par des pseudomembranes, par la capsule antérieure devenue opaque

ou par le cristallin lui-même? C'est ce qu'il est assez difficile de déterminer d'une manière précise. Ce qu'il y a de très certain, c'est que l'occlusion de la pupille est complète. Un peu de matière pigmenteuse noire déposée sur quelques points du limbe pupillaire nous avait donné, dans le principe, quelques doutes à ce sujet; mais toutes nos observations ultérieures, et surtout l'expérimentation avec la belladone, ont confirmé pleinement l'existence de l'oblitération complète de la pupille.

Il n'existe aucune teinte anormale de la sclérotique dénotant une maladie de cette membrane ou de la choroïde. D'autre part, l'absence de l'iridonesis, ou tremblement de l'iris, exclut toute idée d'un ramollissement du corps vitré.

Quel est maintenant le siége précis des paillettes dans la chambre antérieure clôturée comme nous venons de le dire? Elles nous ont d'abord paru semées sur la face antérieure de l'iris; mais ayant examiné la chambre antérieure par le côté externe de l'œil, nous avons vu d'autres paillettes fixées à la face concave de la cornée. Nous remarquâmes ensuite, et à plusieurs reprises, que les paillettes s'accumulaient sur certains points déclives de la chambre antérieure; puis, à un examen ultérieur, nous ne les trouvions plus dans les mêmes points. Il nous était dès lors démontré qu'elles changeaient de place. Pour vérifier l'exactitude de ces premières données, nous avons fait imprimer à la tête et à l'œil des mouvements en divers sens, mouvements dans lesquels nous avons positivement vu les paillettes se déplacer sous nos yeux. Nous ne pouvions pas nous faire illusion et prendre pour des changements de place les reflets miroitants de ces corpuscules sous les incidences variées de la lumière, pendant les mouvements involontaires assez fréquents de l'œil du malade; car, ayant fixé notre attention sur certains d'entre eux qui se détachaient sur le fond verdâtre de la pupille, nous les vîmes peu à peu descendre et dépasser la circonférence inférieure de cette ouverture oblitérée.

M. Sichel et le docteur Seidl, de Vienne, qui sont venus voir ce malade à l'hôpital Saint-Antoine, ont constaté avec nous la locomotion de ces paillettes étincelantes. La mobilité absolue de la plupart de ces cristaux ne nous a laissé, ainsi qu'à ces deux observateurs, aucun doute; mais n'en est-il pas quelques uns qui adhèrent, les uns à la face antérieure de l'iris, les autres à la face postérieure

de la cornée? C'est là un point encore sujet à controverse.

Chez notre malade, les paillettes libres s'accumulent ordinairement à la partie inférieure et interne de la chambre antérieure, surtout au niveau de la corne interne du croissant opaque de la cornée. De là elles semblent arriver, en dernière analyse, dans le petit godet correspondant à la partie moyenne du croissant, entre lui et l'iris. Toujours est-il qu'à travers la demi-opacité de cette partie centrale du croissant on aperçoit une concrétion qui se détache, par son éclat, du voile terne qui la recouvre. Nous avions cru d'abord que c'était tout simplement une parcelle albumineuse, d'une teinte plus claire que le reste de la cicatrice cornéale; mais nous avons fini par croire qu'un des cristaux adhérait en ce point à la face postérieure de la cornée, et, ce qui nous a confirmé dans cette idée, c'est qu'en suivant ultérieurement et jour par jour l'état du malade, nous avons vu très distinctement, dans la partie semi-opaque et à côté du corpuscule primitif, des points de même aspect et nouvellement formés. Leur situation au côté interne du premier serait en rapport avec ce que nous avons dit de l'accumulation des paillettes à la corne interne du croissant et de leur disparition ultérieure due à leur arrivée dans le godet postéro-cornéal.

Depuis six semaines, le malade se plaint d'un brouillard qui gêne la vue de l'œil gauche; il voit moins bien dans l'obscurité qu'à une vive lumière; il aperçoit souvent des bleuettes lumineuses. L'œil gauche est fortement strabique en dedans.

La constitution du sujet est bonne. Il ne paraît pas avoir eu la moindre trace de scrofule; pas d'ophthalmie, pas de ganglions cervicaux engorgés pendant son enfance. Tous les organes paraissent sains, le cœur excepté. Il y a un bruit de souffle musical à la base du cœur et à la partie médiane du sternum, au premier temps; dans le même point, le deuxième bruit est sec et rude. Il y a des étourdissements, des vertiges quelquefois. Jamais d'hémoptysie, ni d'œdème des extrémités inférieures; point de palpitations. Il n'y a point eu de rhumatismes.

Le 12 mai, instillation d'extrait de belladone dans l'œil droit. Répétition de la même manœuvre le 13. Aucune trace de dilatation pupillaire.

Le malade est en cours d'observation. M. Trastours, interne du service, nous assure qu'il aurait, à plusieurs reprises, constaté

l'existence des paillettes scintillantes à la surface externe de la cornée dans le liquide qui baigne la conjonctive. Nous avons refusé jusqu'ici d'admettre cette particularité, qui nous a semblé fort extraordinaire ; et cependant, l'exactitude habituelle et la véracité parfaite de M. Trastours nous portent à croire qu'il ne s'est pas fait illusion. C'est un point à étudier. Si des cristaux externes peuvent être recueillis, tous les doutes seront dissipés.

M. Lebert. J'ai eu récemment l'occasion d'observer de ces paillettes brillantes, dont les unes étaient libres et les autres adhérentes à une fausse membrane.

M. Chassaignac. Dans un travail publié par les *Annales d'oculistique*, M. Sichel a résumé tous les faits de synchisis étincelant que possédait la science ; ces faits étaient au nombre de 15 ; le mien est le 16e, et c'est le premier qui renferme l'analyse des paillettes brillantes. M. Desmarres, qui s'est occupé du sujet, croyait que le phénomène lumineux se passait dans les cellules du corps vitré ; il n'a pas parlé de la cholestérine.

**Correspondance.**

*M. Charrière* adresse à la Société la notice des instruments dont l'idée lui a été suggérée par les chirurgiens et de ceux qu'il a imaginés lui-même.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Morel-Lavallée.

## *Séance du* 18 *juin* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

**Élections annuelles.**

La Société procède aux élections annuelles des membres de son bureau.

Sont nommés :

Président, M. Larrey ;
Vice-président, M. Guersant ;
Secrétaire, M. Demarquay ;
Vice-secrétaire, M. Giraldès.

M. Giraldès n'ayant pas accepté les fonctions auxquelles le vote

de la Société venait de l'appeler, il est procédé à un second tour de scrutin pour la place de vice-secrétaire, et M. Marjolin réunit la majorité des suffrages.

M. Debout est élu trésorier, et MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin sont réélus membres du comité de publication.

**Mensuration de l'épaisseur du périnée et de la paroi hypogastrique dans l'opération de la taille. (Rapport.)**

M. Guersant. Tel est l'objet d'un travail qui vous a été adressé par M. Cazenave, de Bordeaux, et dont MM. Michon, Chassaignac et moi avons été chargés de vous rendre compte.

Pour établir les avantages de la connaissance préalable de l'épaisseur du périnée, l'auteur cite six cas où l'opération de la taille fut entravée par l'épaisseur insolite du plancher du bassin. Ces faits sont empruntés à Dupuytren, à Guérin, de Bordeaux, à M. Ricord, et enfin à sa propre pratique.

Mais, dit M. Guersant, s'il est vrai que l'épaisseur considérable du périnée ou de la paroi hypogastrique ajoute aux difficultés de la taille, en quoi l'appréciation exacte de l'épaisseur des tissus apportera-t-elle plus de facilité à l'opération? Cette donnée, si précise, sera-t-elle un guide plus sûr que la notion approximative déduite de l'embonpoint ou de la complexion musculaire du sujet? C'est l'opinion de M. Cazenave; mais la commission ne la saurait partager, et elle oppose à M. Cazenave un fait bien capable d'ébranler sa confiance, puisque dans ce cas, malgré la mensuration du périnée, il ne put lui-même pénétrer dans la vessie. Le but que le chirurgien de Bordeaux avait en vue n'offre donc pas une utilité réelle. La commission se plaît d'ailleurs à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les instruments de mensuration qu'il a imaginés; elle regrette que tout ce travail, qui pèche ainsi par sa base, n'ait point une valeur qui permette d'accorder à son auteur le titre de membre correspondant; elle regrette de borner ses conclusions à proposer d'adresser des remercîments à M. Cazenave pour son mémoire et pour ceux dont il a déjà fait hommage à la Société de Chirurgie. (Adopté.)

**Luxation du pouce.**

M. Demarquay donne lecture d'un mémoire ayant pour titre :

*Recherches sur la luxation du pouce en arrière et sur le procédé qu'il convient d'employer pour la réduire*, suivi d'une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du second métacarpien en dedans.

Après avoir rappelé d'une manière rapide les recherches qui ont été entreprises sur ce sujet et les difficultés souvent fort grandes que le chirurgien éprouve à réduire ces luxations, notre collègue rapporte qu'ayant été appelé pour un cas de ce genre, il ne put parvenir à replacer l'os luxé, bien que des tentatives nombreuses aient été faites à l'aide de la pince de M. Charrière, or ce que M. Demarquay n'avait pu faire, M. Roux l'obtint facilement en imprimant certains mouvements de rotation dont il sera parlé plus loin. Frappé de ce fait, notre collègue s'est livré à des expériences sur le cadavre; il a constaté, avec MM. Vidal, Pailloux, Malgaigne et Biéchy, que dans la luxation du pouce en arrière la tête du métacarpien passe en avant, se plaçant le plus souvent entre les deux faisceaux du court fléchisseur, dont quelquefois la partie externe est un peu déchirée; il résulte aussi de ces expériences que le ligament latéral externe est toujours arraché quand la luxation est complète; quelquefois le ligament latéral interne a subi le même sort. Il résulte de ce fait que la théorie de Dupuytren et de Hey, sur la difficulté que l'on éprouve à réduire et qui tiendrait à la présence des ligaments, est hypothétique; quant à l'interposition du ligament antérieur entre les deux surfaces articulaires, M. Demarquay ne l'a pas rencontrée une seule fois sur 15 à 20 expériences qu'il a faites, et suivant lui, cette interposition, eût-elle lieu, ne serait point une cause d'irréductibilité. Voici, suivant lui, la difficulté qu'il faut vaincre pour ramener les surfaces articulaires au point de contact. La tête du premier métacarpien, en se luxant en avant, se trouve placée entre plusieurs muscles qui forment une boutonnière fort résistante; en dehors, on trouve le court abducteur, la portion externe du court fléchisseur; en dedans, la portion interne du même muscle, l'adducteur transverse et le tendon du long fléchisseur propre du pouce. Lorsque l'on tire sur le pouce, cette boutonnière se serre en étranglant la tête de l'os et empêche ainsi la réduction. Les procédés opératoires qu'on a proposés pour réduire cette luxation ont réussi quelquefois; mais, comme ils ne sont pas infaillibles, on a eu la pensée d'inciser la partie externe

de la boutonnière; MM. Malgaigne et Biéchy ont fait cette proposition, l'un en intéressant la peau et les muscles, l'autre en intéressant les muscles seulement, en agissant par la méthode sous-cutanée. Suivant M. Demarquay, on peut vaincre la résistance que présente la boutonnière en agissant de la manière suivante : la main du malade étant placée entre la pronation et la supination, le chirurgien saisit avec la pince à réduction de M. Charrière l'organe luxé, et exerce de douces tractions en suivant l'axe du pouce et du métacarpien déplacés avec sa main gauche, dont le pouce est appliqué sur l'extrémité du métacarpien faisant saillie dans l'éminence thénard et repousse en arrière la tête de ce dernier os. Après avoir exercé une certaine traction, il imprime au pouce un mouvement de rotation en dedans par lequel il dégage l'extrémité du métacarpien; puis, continuant les tractions, il fléchit le pouce et réduit de la sorte.

Voici d'ailleurs les conclusions du mémoire :

Pour obtenir la réduction de la luxation du pouce, il faut :

1° Exercer une traction suffisante sur la partie luxée en suivant l'axe du pouce;

2° Repousser avec le pouce de la main gauche la tête du métacarpien en arrière et le maintenir fortement afin que dans le mouvement de la flexion il ne se porte point davantage dans la paume de la main en fuyant devant la partie postérieure de la première phalange;

3° Quand l'extension est suffisamment faite, imprimer un mouvement de rotation de dehors en dedans de manière à dégager la tête du métacarpien de la portion musculaire qui étrangle;

4° Ce temps étant accompli, continuer les tractions jusqu'à ce que la partie postérieure de la première phalange soit arrivée au niveau de la tête du métacarpien; fléchir alors, en même temps que du pouce de la main gauche on repousse en arrière la partie déplacée du premier métacarpien.

Ce moyen n'est sans doute pas infaillible, mais il est rationnel et se déduit très bien des notions anatomiques.

M. Demarquay termine son mémoire en rapportant une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du premier métacarpien en haut et en dedans sur la partie postérieure du trapézoïde et du second métacarpien.

**Névromes de l'avant-bras.**

M. Robert. Une femme avait une série de tumeurs très douloureuses à la face antérieure de l'avant-bras, notamment sur le trajet de l'artère radiale. J'ai enlevé ce chapelet de névromes qui siégeaient dans une des branches du musculo-cutané. La production anormale occupe le centre du nerf, dont les fibres sont distribuées autour de la tumeur dont elles forment la coque; d'autres tumeurs sont traversées par une partie du cordon nerveux. M. Robin, qui a examiné la texture de ces tumeurs, les a trouvées composées de canalicules nerveux entourés de tissu fibreux.

Depuis l'opération, les autres névromes de l'avant-bras, auxquels je n'ai pas touché, ont cessé d'être douloureux; je ne sais si ils reviendront; l'ablation n'en serait indiquée que dans cette hypothèse; j'attendrai.

M. Morel-Lavallée rappelle le cas de névromes multiples qu'il a présentés antérieurement à la Société, et dont il avait soigneusement étudié la texture de concert avec MM. Lebert et Robin. Il fait remarquer que l'éparpillement des fibres nerveuses autour de la tumeur a été très bien indiqué par M. Velpeau, qui a donné une idée de cette disposition en la comparant très heureusement à celles des côtes d'une bourriche longue qui sont bombées au centre et convergentes aux extrémités.

**Hernie obturatrice.**

M. Chassaignac présente un cas de hernie sous-pubienne, dont il donnera l'observation dans une prochaine séance.

**Paralysie traumatique de l'avant-bras.**

M. Maisonneuve présente une femme qui a eu tous les muscles de l'avant-bras paralysés du mouvement et du sentiment à la suite d'une chute de sa hauteur.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Morel-Lavallée.

## *Séance du* 25 *juin* 1851.

**Présidence de M. Danyau.**

### Luxation du pouce.

M. Gosselin. M. Demarquay a mieux précisé qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le rôle des ligaments latéraux ; quant à la rotation combinée avec les tractions, c'est une manœuvre de réduction qui, si elle n'était pas aussi explicitement décrite dans les livres, était depuis longtemps dans la pratique. Quand on rencontre des difficultés, surtout dans les luxations anciennes, n'a-t-on pas l'habitude, dès que les simples tractions deviennent insuffisantes, d'y joindre des mouvements de rotation?

M. Robert. Il y a ici, en effet, deux points qui me paraissent hors de doute, c'est que le procédé était employé et que M. Demarquay l'a mieux formulé. La déchirure du ligament latéral externe est constante; c'est ce que j'avais déjà établi avec plusieurs autres chirurgiens, et cette opinion se trouve confirmée par M. Demarquay. Mais je crois que notre collègue a trop généralisé les cas d'application du procédé. L'obstacle à la réduction n'est pas toujours dans la boutonnière musculaire; M. Pailloux a présenté à la Société anatomique une série de pièces où cet obstacle était constitué par la bandelette fibreuse antérieure qui s'interposait aux surfaces articulaires et s'opposait à la restitution de leurs rapports normaux. J'ai vu ces pièces et ces expériences, dont il est impossible de nier la signification. Dans ce cas, évidemment la rotation serait inutile, et d'autres dispositions peuvent se rencontrer où elle ne le serait pas davantage; M. Demarquay n'en a pas moins démontré dans son intéressant mémoire le parti qu'on put tirer de ce procédé dans le cas analogue à celui qu'il a observé.

M. Demarquay. J'ai eu si peu la prétention de présenter un travail entièrement neuf que j'ai cité quelques-uns des faits que vient de rappeler M. Robert; j'ajouterai même que Lisfranc et d'autres chirurgiens avaient déjà signalé sur le cadavre l'obstacle que j'indique. Ce que j'ai voulu prouver, c'est que la difficulté ne pouvait résider dans les ligaments latéraux, puisqu'ils sont détruits. Pour

ce qui est du ligament antérieur, je n'ai pu découvrir aucun fait clinique où l'on ait constaté le rôle que lui assigne M. Pailloux; je n'ai pas non plus réussi à obtenir le même résultat dans mes expériences, et je suis porté à penser que ce résultat est la conséquence du mode de préparation que M. Pailloux avait fait subir à ses pièces, puisqu'on ne peut pas le reproduire sur une main intacte. Il me semble donc que la boutonnière musculaire est le plus souvent l'obstacle à la réduction. Si l'on veut bien ne pas oublier que Dupuytren a pratiqué la section d'un des bords de cette boutonnière et que M. Malgaigne en fait encore son précepte, on se convaincra peut-être que la rotation en dedans était un procédé moins vulgaire qu'il ne le paraît.

M. Giraldès. Aux faits cités par M, Demarquay, j'en ajouterai un analogue de Stanley, qui a constaté à l'autopsie que l'obstacle à la réduction était le tendon du long fléchisseur. Il n'est pas hors de propos de rappeler la modification que M. Sédillot a apportée aux tentatives de réduction. Au lieu d'exercer immédiatement les tractions, il exagère d'abord le déplacement en fléchissant davantage la phalange en arrière pour le ramener à sa place par un mouvement combiné d'extension et de rotation. C'est un point qui a été traité par M. Michel dans la *Gazette médicale de Strasbourg*.

M. Maisonneuve. Ces résistances de brides fibreuses, de ligaments, de muscles, de veines enroulés autour de l'os ou interposés aux surfaces articulaires, tout cela est connu d'une manière générale; ce qui ne l'est pas et ne le sera peut-être de longtemps, c'est le moyen de diagnostiquer la nature de l'obstacle, son siége, ses dispositions diverses, d'une manière assez sûre pour que cette appréciation serve de guide dans les manœuvres. Dans l'incertitude des conditions des difficultés qu'il a devant lui, le chirurgien imprime au membre toutes les attitudes, tous les mouvements, la rotation comme les autres, et il obtient quelquefois le succès de la manœuvre qui semblait d'abord moins le promettre. C'est ainsi qu'un rebouteur réduisit une luxation de la hanche contre laquelle l'art avait échoué à l'hôpital Saint-Louis. Il ne faudrait donc pas attacher trop d'importance à ce mouvement de rotation, auquel on avait d'ailleurs recours dans l'occasion.

M. Demarquay. Je suis bien porté à croire que les chirurgiens ont souvent opéré le mouvement de rotation dans la réduction de

la luxation du pouce ; je l'ai, je crois, étudié davantage en l'exposant avec plus de précision.

**Rapport. — Élection d'un membre correspondant.**

M. Forget lit un double rapport sur la candidature de M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Après avoir rappelé les travaux publiés par le candidat et avoir particulièrement insisté sur un volume édité récemment et ayant pour titre : *Essai thérapeutique sur l'iode*, le rapporteur aborde les mémoires manuscrits qu'aux termes du règlement l'auteur a dû envoyer à l'appui de sa candidature.

Le premier a pour titre : *Quelques mots sur une opération de hernie étranglée.* Il s'agit d'une femme, âgée de cinquante ans, atteinte depuis six jours d'une hernie étranglée dont les symptômes étaient modérés, peu intenses, si bien qu'on eût pu se croire, en s'en rapportant à eux exclusivement, on ne peut mieux fondé à temporiser et à repousser l'opération du débridement ; cependant, M. Payan pratiqua la kétotomie, et bien lui en prit, car il trouva l'intestin qui formait la hernie déjà d'une couleur noirâtre prononcée.

En adressant ce fait à la Société de Chirurgie, l'auteur a eu pour but, dit M. Forget, de démontrer que l'entérocèle peu volumineuse et récente ne s'accompagne pas toujours de symptômes très aigus, et que la loi formulée à cet égard par la plupart des chirurgiens est sujette à des exceptions.

Sans nier ces dernières, je ferai remarquer, poursuit le rapporteur, que les circonstances étiologiques et anatomiques qui ont motivé la loi rappelée par M. Payan n'existaient pas chez sa malade. C'est bien d'une entérocèle qu'elle était atteinte ; mais dans quelles conditions celle-ci s'était-elle produite ? Etait-ce à l'improviste, brusquement, et sans que les orifices herniaires aient été de longue date préparés en quelque sorte au déplacement viscéral ? Non ; l'observation nous apprend que c'est lentement et après quinze mois de va-et-vient dans le canal herniaire que la tumeur, irréductible une dernière fois, a fini par s'étrangler. Or, en pareil cas, il n'est pas étonnant que, bien que formée par l'intestin seul, la hernie n'ait pas été du nombre de celles qui se font remarquer

par l'acuité des signes de l'étranglement. J'ajouterai que la malade, d'ailleurs, était d'une assez chétive constitution, peu susceptible par conséquent d'une réaction énergique et soutenue.

En poursuivant l'analyse du fait mentionné par M. Payan, on retrouve un rapport évident entre la nature de la lésion anatomique et la signification du symptôme : peu ou point de vomissements; pas de sensibilité ni dans la tumeur herniaire, ni dans l'abdomen ; en regard, nulle trace de phlegmasie péritonéale ni dans le sac, ni dans la cavité abdominale. Enfin, si on examine l'anse intestinale, on voit que la constriction par l'anneau qui en a déterminé l'irréductibilité a eu pour effet d'y produire une congestion sanguine toute passive, et bientôt une véritable asphyxie. Or, les conséquences d'une telle disposition, qui peut être comparée à l'effet produit par les ligatures dont on se sert pour détruire certains tissus accidentels, sont : l'abaissement graduel de la sensibilité, la dégradation plus ou moins marquée et plus ou moins prompte de la vitalité, puis une suffusion sanguine dans le tissu cellulaire interposé aux tuniques de l'intestin; à un degré plus avancé, c'est le ramollissement des tissus organiques, la production de taches ecchymotiques, et, enfin, c'est la mortification et la gangrène de ces mêmes tissus : résultat grave et ultime qui peut arriver de la manière la plus insidieuse, sans qu'aucun phénomène de réaction fébrile, soit local, soit général, en accuse l'imminence, et dont on ne s'aperçoit qu'à l'affaissement brusque et imprévu de la tumeur herniaire.

On ne saurait donc trop appeler l'attention, ajoute M. Forget, sur cette variété d'étranglement. Pour se guider, le chirurgien devra tenir grand compte de la durée de ce dernier; c'est sur cette donnée que M. Payan s'est décidé à l'opération, et il a eu lieu de s'en applaudir, car l'aspect de l'intestin n'a pas permis de mettre en doute l'opportunité de celle-ci.

Le second travail de M. Payan a pour objet un *cas de névralgie faciale traitée avec succès par la cautérisation auriculaire.* A l'occasion de ce travail, le rapporteur discute la valeur de cette méthode appliquée au traitement de la sciatique : Il faut reconnaître, dit-il, que les notions anatomiques et physiologiques, aussi bien que les données de la thérapeutique rationnelle, s'accordent mal avec les guérisons plus que merveilleuses dont on a fait grand bruit

dans ces derniers temps, et qu'elles justifient l'incrédulité avec laquelle on se sent disposé à les accepter. Depuis Hippocrate, qui a émis cet aphorisme: *A duobus doloribus simul obortis vehementior obscurat alteram*, il n'est personne qui n'ait vu certaines douleurs névralgiques diminuer ou même cesser sous l'influence d'une vive secousse brusquement imprimée à l'organisme dont la sensibilité générale se trouve ainsi modifiée à l'improviste. Pour la production d'un semblable phénomène, il n'est pas besoin d'admettre que l'agent modificateur doive de toute nécessité porter sur un point déterminé de la surface du corps, et il est tout à fait inutile de créer en faveur de celui-ci une sorte de privilége sensorial dont ne donnent raison ni l'anatomie, ni la physiologie. Au surplus, les partisans de la cautérisation auriculaire ne s'entendent pas entre eux; les uns ont cautérisé l'hélix, les autres l'anthélix, quelques-uns enfin le tragus. Je rappellerai, en outre, que M. Duchenne, de Boulogne, a fait disparaître des névralgies en électrisant soit l'hélix, soit toute autre partie du corps. Ainsi tombe devant l'analyse tout le merveilleux de cette méthode curative, du moment où elle est dépossédée du siége qu'on lui avait attribué et qui seul en constituait l'originalité. Bien triste originalité! si, comme le prouve un travail publié récemment par M. le docteur Valleix, cette méthode a pour résultat le plus clair de brûler l'oreille de celui qui consent à s'y soumettre, et de placer le chirurgien dans la nécessité de lui dire: « Vous auriez pu être du nombre de ceux qui guérissent » ainsi; mais puisqu'il n'en est rien, passons à autre chose. »

Quant à l'application de ce mode de traitement à la névralgie faciale, l'adustion de l'oreille, c'est-à-dire d'une partie en continuité de structure anatomique et conséquemment en solidarité physiologique et pathologique avec le siége de la lésion nerveuse, est tout à fait rationnelle, et il n'est pas surprenant qu'elle guérisse cette dernière. L'effet thérapeutique est analogue à celui qu'on observe après la cautérisation transcurrente, si efficace dans le traitement des névralgies; il est analogue surtout à celui qu'on obtient par la cautérisation de la région dorsale du pied dans la névralgie sciatique.

D'accord avec l'auteur, M. Forget ne voudrait pas que l'adustion de l'oreille pût jamais devenir un moyen usuel de traitement dans la névralgie faciale; il est des moyens plus doux, le plus souvent effi-

caces, variables d'ailleurs suivant les circonstances et les indications. Enfin, on doit réserver le procédé dont il s'agit pour les cas seulement où tous les autres moyens ont échoué.

En terminant, le rapporteur insiste sur les antécédents de M. Payan, que des travaux distingués sur un grand nombre de points de chirurgie recommandent aux suffrages des membres de la Société ; en conséquence, au nom de la commission, il propose l'admission de M. Payan à titre de membre correspondant.

M. Maisonneuve regarde comme très infidèle la cautérisation du lobule de l'oreille dans la sciatique.

M. Chassaignac. En cherchant un moyen qui pût triompher de certaines névralgies rebelles, et notamment la sciatique, je m'étais d'abord arrêté à la cautérisation plantaire avec trois et quelquefois cinq ou six moxas; neuf succès consécutifs semblent annoncer presque l'infaillibilité du remède; mais le dixième cas a été un échec. La névralgie a résisté aux moxas plantaires, et elle a cédé à deux prises de la mixture aloétique de M. Récamier.

— Il est procédé au scrutin, et M. Payan est nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie.

### Sarcocèle dans le canal inguinal.

M. Larrey communique verbalement l'observation sommaire d'un cas assez rare de sarcocèle inguinal opéré par lui l'année dernière, et suivi, jusqu'à présent du moins, de guérison sans récidive. Il présente en même temps un dessin de la tumeur et la pièce anatomique.

Voici l'extrait de l'observation :

« M. X..., officier de l'armée d'Afrique, âgé de 38 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, a eu une jeunesse débile qui a exigé des soins infinis. Il a remarqué, vers l'âge de 15 ans, que le testicule droit était remonté vers l'abdomen sans redescendre dans les bourses. Il ne pense pas que cette disposition anomale soit native, et il en attribue la cause à un coup de pied de cheval qu'il aurait reçu dans le ventre à l'âge de neuf ans. Une autre contusion, quoique plus légère, survenue au mois d'août 1847, a suffi, selon lui, pour déterminer, un mois après, un engorgement du testicule engagé dans l'aine.

» M. X... réclame aussitôt les soins de M. le docteur Vital (de

Constantine), qui constate l'existence d'une orchite déjà devenue chronique et présumée tuberculeuse, d'après l'exploration de la poitrine et l'état général de la santé, mais sans complication d'accidents locaux. M. Vital prescrit, en conséquence, un traitement dont les moyens variés restent à peu près sans effet, après des alternatives diverses dans le développement de cette orchite inguinale.

» Le malade quitte l'Algérie pour venir en France au mois d'avril 1848, et il m'est adressé par mon honorable confrère et ami, dans la prévision qu'une opération deviendra nécessaire si un nouveau traitement reste inutile.

» L'exploration de la tumeur de l'aine offre, en effet, les caractères appréciables d'un engorgement chronique du testicule paraissant situé en dehors du canal inguinal, et déjà en voie de dégénérescence, soit tuberculeuse, soit peut-être cancéreuse. Une ponction exploratrice tend ensuite à établir ce diagnostic.

» La gravité du pronostic permet toutefois d'essayer pendant assez longtemps de nouvelles médications basées sur les saignées locales, les préparations d'iode et de fer, les vésicatoires volants et les soins hygiéniques; mais c'est en vain. La maladie reste stationnaire, et après deux années d'absence M. X... revient à Paris me prier de l'opérer. Une consultation de M. Velpeau confirme le diagnostic d'un sarcocèle et prescrit la castration. Une exploration faite par M. Louis en indique aussi la nécessité.

» La tumeur alors (dans le courant de 1849), entièrement constituée par le testicule dégénéré, occupe toute la région de l'aine; elle est à peu près aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme, soulevant la peau à un degré extrême, et offrant une consistance ferme, résistante, comme fibro-squirrheuse ou carcinomateuse, plutôt que tuberculeuse.

» Je procède enfin à l'opération le 4 septembre, avec l'assistance de M. le docteur Charpentier, médecin de la famille, et de MM. Leroulx et Tamissier, chirurgiens sous-aides au Gros-Caillou. Une longue incision des téguments met le testicule malade à découvert, et permet de l'isoler d'autant plus facilement par la dissection et l'énucléation, qu'il se trouve situé dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané de l'aine, en dehors de l'anneau inguinal, dont l'orifice semble tout à fait effacé. Le cordon spermatique, atrophié, confondu dans ce tissu cellulaire, est lié sans peine et coupé.

» L'opération n'a pas duré cinq minutes ; elle a été indolore, grâce au chloroforme, et n'a offert aucune complication eu égard aux rapports anatomiques du sarcocèle et à l'oblitération du canal inguinal, qui a intercepté ainsi toute communication avec la cavité du péritoine.

» La plaie, longue de 15 centimètres, est réunie à l'aide de huit serres-fines dans presque toute son étendue, moins l'angle supérieur pour le passage de la ligature du cordon, et moins l'angle inférieur pour l'écoulement des liquides. Un pansement simple et les soins secondaires complètent l'opération.

» La tumeur examinée ensuite, comprenant le testicule et l'épididyme confondus ensemble, pèse 550 grammes ; elle a 14 centimètres de longueur, 10 de largeur, et 7 d'épaisseur. Sa surface extérieure, recouverte par une portion de la tunique vaginale, est ferme, résistante, comme le tissu fibro-plastique. Sa surface intérieure, mise à nu par une incision profonde, offre l'aspect du tissu encéphaloïde non ramolli, parsemé d'excavations avec des dépôts de matières semblables aux tubercules. Le microscope fait enfin reconnaître plus tard à notre savant collègue M. Lebert la réalité de l'élément cancéreux. Triste prévision pour les chances d'une récidive.

» Le résultat primitif de l'opération est cependant aussi heureux que possible. Le seul accident notable est une hémorrhagie par exhalation avec épanchement sous-cutané assez considérable, qui se résorbe cependant peu à peu à l'aide de la glace et de la compression, et qui laisse subsister pendant quelques jours dans le scrotum un noyau hématique offrant l'apparence d'un troisième testicule.

» Il est à remarquer aussi que la suppuration est à peu près nulle. La plaie, réunie dès les premiers jours, est suivie bientôt d'une cicatrisation définitive, et enfin un mois après l'opération, M. X... paraît complétement guéri. Il est revenu nous voir depuis cette époque, et n'a éprouvé jusqu'à présent aucune altération dans sa santé, ni aucun accident qui fasse craindre la fatale récidive. »

En communiquant le résumé de cette observation à la Société de Chirurgie, ajoute M. Larrey, je n'ai pas eu la prétention de lui faire connaître un exemple de guérison de sarcocèle inguinal par la castration, puisque le cancer dans cette région, comme partout

ailleurs, conserve sa fatale tendance à repulluler. J'ai désiré seulement exposer un cas de dégénérescence du testicule dans des conditions telles, que leur ensemble pourrait former la matière d'une étude des maladies de cet organe engagé dans l'aine.

Je m'étais proposé de faire quelques recherches à cet égard, en m'aidant surtout d'un très bon travail publié dès 1829, dans la collection des *Mémoires de médecine militaire*, par P. Robert, l'un des anciens élèves les plus regrettables du Val-de-Grâce; mais j'en ai laissé le soin à un autre élève distingué de cette école, M. Lecomte, qui vient d'adopter ce sujet de thèse, pour examiner à un point de vue plus général la question des ectopies ou déplacement du testicule.

M. Gosselin. Il serait important de savoir si le péritoine a été ouvert dans l'opération. On y est exposé, soit que la tunique vaginale ne se soit pas fermée, soit que son occlusion ait eu lieu dans un point que le bistouri n'a pu respecter. Chez un malade qui avait été opéré avec succès par M. Roux, cet accident était arrivé.

M. Larrey fait observer qu'il avait répondu d'avance à ces questions par des détails qui auront échappé à M. Gosselin.

M. Chassaignac. J'ai vu une épididymite blennorrhagique double chez un sujet qui avait un des testicules arrêtés dans l'aine; elle a été des deux côtés d'une intensité à peu près égale.

M. Debout. Il y a actuellement une de ces orchites dans le service de M. Velpeau; c'est le dixième cas qu'il a observé; mais elle n'a jamais existé que d'un seul côté et toujours dans le testicule qui était descendu dans les bourses; ce que le savant professeur explique par l'influence de la pesanteur.

M. Demarquay. Blandin avait vu de ces faits, et je l'ai vu moi-même extirper un testicule cancéreux arrêté dans le canal inguinal, On sait qu'il a proposé la ténotomie sous-cutanée d'un des piliers dans les cas d'étranglement du testicule contenu dans ce canal.

M. Morel-Lavallée. M. Jobert a également enlevé sans ouvrir le péritoine, et d'ailleurs avec succès, un sarcocèle renfermé dans le canal inguinal.

— M. le président annonce que dans la séance prochaine, à l'occasion de l'installation du nouveau bureau, M. Monod lira

l'éloge de feu M. Marjolin, ancien membre honoraire de la Société.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, MOREL-LAVALLÉE.

*Séance du 2 juillet* 1851.

**Présidence de M. LARREY.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. DANYAU, en quittant le fauteuil de président, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant de transmettre à mon honorable successeur les fonctions auxquelles votre bienveillance m'avait appelé, et dont elle m'a rendu, pendant un an, l'exercice si facile et si doux, permettez-moi de vous exprimer une fois encore toute ma reconnaissance. On peut être fier, et pourquoi n'avouerais-je pas que je l'ai été, de présider une société qui compte dans son sein les deux tiers des chirurgiens des hôpitaux civils de Paris, le chirurgien en chef de notre premier hôpital militaire, les deux chirurgiens de l'hospice de Charenton, et qui n'a pas en vain ouvert ses rangs aux hommes qui, sans appartenir aux hôpitaux, se sont distingués par leurs travaux en chirurgie. Recevez donc, mes chers collègues, mes bien sincères remercîments pour l'honneur que vous m'avez fait, et que je n'oublierai jamais.

La Société a associé cette année à ses travaux un nouveau membre titulaire, M. Lebert, si connu par ses savantes recherches microscopiques et par les progrès qu'il a fait faire à l'anatomie pathologique chirurgicale. Elle a également admis quelques membres correspondants, parmi lesquels je citerai en particulier M. Parise, chirurgien de l'hôpital militaire de Lille, et M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix en Provence. Elle a fait, à la vérité, quelques pertes. M. Loir, forcé par le mauvais état de sa santé de quitter Paris, ne nous appartient plus qu'à titre de membre correspondant. MM. Ricord et Vidal, souvent empêchés aux heures des séances, sont devenus, sur leur demande, membres honoraires. La Société

a déjà exprimé à ces deux honorables collègues ses vifs regrets d'une décision qui la prive du concours habituel de leurs lumières. Je crois être son interprète en leur renouvelant aujourd'hui l'expression de ces regrets. Nous conservons l'espoir, déjà réalisé par l'un d'eux, que MM. Ricord et Vidal trouveront quelque attrait à revenir parmi nous toutes les fois qu'une question importante devra être agitée dans la Société.

Les occasions ne nous ont pas manqué cette année. Vous n'avez point oublié les discussions qui ont eu lieu sur l'ablation de certaines tumeurs, sur la réduction des luxations anciennes, sur l'anévrisme variqueux, sur l'hématocèle recto-utérine, sur l'inoculabilité des symptômes secondaires de la syphilis, etc.; discussions vives, animés, chaudes même quelquefois, mais toujours mesurées dans les termes, et se maintenant d'elles-mêmes au ton le plus parfait, comme il convient entre hommes assez jeunes encore pour défendre leur opinion avec chaleur, mais trop pénétrés, pour jamais les oublier, des sentiments qui les unissent.

Nos travaux n'ont donc point été, cette année, indignes de ceux que la Société avait déjà produits. Et pourtant, pendant quatre mois, neuf membres, retenus comme juges ou comme candidats au dernier concours pour une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté, nous ont fait défaut! Leur retour a été salué avec bonheur; le vainqueur était parmi eux.

Maintenant que personne ne manque plus à l'appel, redoublons de zèle, mes chers collègues. Le second volume de nos mémoires vient de paraître, et l'impression du troisième est commencée. Un premier volume de nos bulletins a été achevé cette année. Les procès-verbaux de nos séances, rédigés avec un soin extrême, sont recherchés et lus avec intérêt. La Société se maintient donc au rang élevé que ses travaux lui ont acquis. Mais pour qu'elle le conserve et qu'elle s'élève encore, ce n'est pas trop des efforts de chacun de ses membres et du concours de toutes les volontés.

M. Larrey, succédant à M. Danyau, s'exprime ainsi :

Messieurs et très honorés collègues,

Au moment d'occuper cette place, à laquelle vos bienveillants suffrages m'ont fait l'honneur de m'appeler, je mesure l'étendue des obligations qu'elle m'impose, et je me sens pénétré de la re-

connaissance que je vous dois, sans avoir encore acquis le droit de vous le dire en d'autres termes.

Le discours de M. Danyau, en vous retraçant quelques-uns des travaux que vous avez accomplis dans cette dernière année, m'indique les devoirs que doit remplir le président de la Société de Chirurgie. Mais ces devoirs ne me sont-ils pas enseignés déjà par l'exemple même de mon honorable prédécesseur et par la tradition de plusieurs d'entre vous? Comptez donc, mes chers collègues, que je ferai tous mes efforts pour répondre dignement à votre confiance, et pour veiller avec vous au maintien de notre devise: *Vérité dans la science, moralité dans l'art.*

### Éloge de Marjolin.

M. Monod s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Quoique la Société de chirurgie ne soit encore arrivée qu'à la huitième année de son existence, elle a déjà fait deux pertes bien grandes. Auguste Bérard et Marjolin, que nous étions fiers de compter parmi nos collègues, nous ont été enlevés, l'un par une mort prématurée, l'autre après avoir parcouru une longue carrière heureusement et glorieusement remplie.

Je ne viens pas aujourd'hui renouveler les regrets que nous a causés naguère la mort d'Auguste Bérard; mais je vous demande la permission de rendre, au nom de la Société, un dernier hommage à la mémoire de notre maître vénéré, qui voulut bien être notre collègue, et qui a été enlevé l'an dernier par une longue et cruelle maladie à notre affection et à notre respect.

J'ai longtemps décliné le périlleux honneur de prendre la parole à cette occasion dans le sein de la Société de chirurgie, et je regrette que ceux de nos collègues qui étaient mieux en état de s'acquitter de cette tâche, tout à la fois si difficile et si douce, aient été empêchés de le faire. Vous me tiendrez gré, messieurs, de ma bonne volonté, et ne verrez que mon désir d'accomplir un pieux devoir envers celui qui guida et encouragea mes premiers pas dans l'étude de la chirurgie.

Jean-Nicolas Marjolin, né le 6 décembre 1780, à Ray, village de la Haute-Saône, orphelin de père dès sa plus tendre enfance, ar-

rivé à Paris pour étudier la médecine en 1800, après avoir passé quelque temps dans une étude de notaire, et essayé de la vie militaire, venu avec des ressources tellement exiguës qu'il était obligé de se loger dans une mansarde, à laquelle il n'arrivait qu'à l'aide d'une échelle, et de conserver pendant quelque temps son uniforme de dragon, est mort dans cette ville le 4 mars 1849, professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et d'un grand nombre d'autres sociétés savantes; en possession d'une immense clientèle, au sein des jouissances que donne une grande fortune, objet des soins incessants et dévoués d'une épouse digne du nom glorieux qui lui avait été donné, et de deux fils, l'un marchant sur les traces de son père, l'autre marquant sa place, quoique jeune encore, dans la magistrature, entouré d'amis et d'élèves qui se disputaient le privilége de recueillir ses dernières paroles et ses dernières marques d'affection, ne laissant derrière lui personne qui eût besoin de lui pardonner.

Il est rare de rencontrer une plus brillante et plus douce vie. Beaucoup d'autres ont, comme Marjolin, conquis la fortune et la renommée; quelques-uns ont accumulé des titres scientifiques plus nombreux et une opulence plus grande; mais que de fois, hélas! c'est au prix du véritable bonheur! Que de fois, arrivés au terme de leur carrière, ils se sont aperçus avec amertume qu'ils n'avaient pas atteint le but pour lequel ils avaient consumé leur vie, comblés de biens et d'honneurs, mais cherchant toujours ce qui leur manquait, rassasiés, mais toujours affamés! Il n'en a pas été ainsi de Marjolin; il a goûté non-seulement les vives et fugaces jouissances de l'amour-propre, mais aussi les douces joies de la famille, et celles plus précieuses encore que procure une bonté incessamment éprouvée, et, arrivé au terme, il a pu voir arriver la mort sans frayeur et sans regrets, en paix avec Dieu et avec les hommes.

Ce n'est pas un simple motif de curiosité qui nous pousse à nous enquérir des circonstances de la vie des hommes qui ont marqué dans leur passage sur cette terre. Il y a dans cette étude un enseignement précieux qui parle souvent plus à l'esprit et au cœur que les plus sages exhortations, et dont tous peuvent profiter, soit pour s'élancer sur les traces de ces hommes célèbres, soit pour éviter les fautes qu'ils ont pu commettre.

Suivons donc notre maître dans le cours de cette vie dont le début a été si pénible et si modeste, et dont la fin a été si illustre; apprenons de lui comment on peut surmonter les obstacles et aplanir sa route; apprenons aussi comment on se fait pardonner ses succès et sa gloire, comment on évite l'orgueil, l'envie et la haine, triste cortége qui si souvent trouble l'existence de ces hommes privilégiés.

Mais en rendant à Marjolin le juste tribut d'éloges qu'il a si largement mérité, ne craignons pas d'être équitable, et pour ne pas décourager ceux qui seraient animés du noble désir de l'imiter, sachons apprécier les circonstances dans lesquelles il débuta.

Au commencement de ce siècle, lorsque le calme succéda aux orages qui avaient si fortement ébranlé la France, la route était moins encombrée que de nos jours pour ces hommes d'élite qui ont fait dans les sciences la gloire de cette brillante époque. En ce temps la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'était disputée que par deux rivaux; quatre concurrents se présentaient pour l'une de ces chaires, auxquelles on n'arrive aujourd'hui qu'après avoir usé ses forces dans une série de concours contre une foule de rivaux moins heureux, mais non moins méritants. Les difficultés augmentent d'année en année avec le nombre d'hommes qui se distinguent, et ceux d'entre nous qui ont à peine échangé le rôle de concurrents pour celui de juges peuvent répéter à ceux qui se pressent dans l'arène du concours, ce que Richerand disait à quelques-uns de nous, au sortir des épreuves d'une place d'aide d'anatomie : « Je suis bien heureux, messieurs, d'être venu vingt ans plus tôt. »

M. Marjolin aurait certainement frayé sa route vingt ans plus tard, mais il eût plus chèrement payé la victoire.

Marjolin nous donne lui-même la clef de ses succès dans le discours qu'il prononça à l'ouverture des cours de la Faculté de médecine le 5 novembre 1838. Il avait à faire l'éloge d'Alibert; il saisit cette occasion d'adresser aux élèves qui l'écoutent des conseils qui, on le sent, partent d'un cœur animé d'un sincère désir d'être utile à ces jeunes gens. En comparant le tableau qu'il trace de la vie de l'étudiant en médecine telle qu'il la conçoit avec les détails contenus dans une lettre écrite à son sujet par son ancien condisciple M. Gilbert de Savigny, il est facile de voir que le professeur a fait à son insu sa propre histoire.

Permettez-moi de vous citer de ce discours quelques lignes, qui ne pouvaient sortir que de la plume de celui qui avait consacré sa vie au travail :

« L'homme, messieurs, a été créé pour le travail : le pauvre y est forcé pour subvenir à ses pressants besoins, et trop souvent pour lui la mesure du travail excède celle de ses forces ; l'homme aisé, l'homme riche, celui-là même que la fortune a le plus largement comblé de biens ne s'appartient pas; il se doit aussi au travail. L'obligation ne lui est-elle pas impérieusement imposée de coopérer au bien-être physique ou à l'amélioration morale des autres ! Il ne peut vouloir se soustraire à cette obligation conservatrice de la société sans encourir la honte, sans s'exposer au mépris. Pour lui, d'ailleurs, l'obligation au travail est bien plus facile : loin d'être un poids difficile à supporter, elle devient l'élément principal de son bonheur ; elle entretient sa santé et développe ses facultés intellectuelles ; le préserve de l'ennui, cette lente torture de l'âme ; chasse loin de lui l'oisiveté, cette mère trop féconde des désordres, des vices, des regrets inutiles. »

Il est peu d'étudiants qui aient autant travaillé que Marjolin. M. Gilbert, de Savigny, nous apprend qu'il se levait à quatre heures du matin et ne se donnait que deux ou trois heures de loisir à la fin de la décade. C'était en variant ses occupations qu'il se reposait.

Sans doute, il fallait une nature privilégiée pour profiter, comme l'a fait Marjolin, d'un travail même si opiniâtre. C'était, en effet, une riche organisation; une constitution vigoureuse lui permettait d'user largement des belles facultés dont il était doué ; son intelligence était prompte et sûre ; sa mémoire était rapide, fidèle et surtout tenace; il joignait la rectitude du jugement à l'esprit d'observation, la concision et la finesse dans l'expression de sa pensée à une grande facilité dans l'élocution ; son organe, grave et sonore, donnait à sa parole un charme tout particulier. Avec de si puissantes armes, un travailleur tel que Marjolin aurait été sûr de vaincre ses rivaux s'il n'avait eu cette modestie et cette défiance de soi-même qui sont l'apanage du vrai mérite. Aussi devint-il rapidement élève interne, lauréat de l'Ecole pratique, aide d'anatomie et prosecteur. Marjolin se présenta dans onze concours successifs, dont le dernier lui valut la place de chirurgien en second de l'Hô-

tel-Dieu. Il n'échoua que dans un seul, qui est resté célèbre dans les annales des concours, celui pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Sabatier. Mais sa défaite même fut une victoire; sa place à l'Ecole était désormais conquise, et six ans plus tard, en 1818, il fut appelé par élection à occuper cette chaire de pathologie externe qu'il a illustrée jusqu'à la fin de sa carrière. C'est à l'enseignement que Marjolin doit surtout sa réputation. Je n'ajouterai rien à ce qu'en ont dit MM. Velpeau et Demarquay; ils ont parfaitement fait ressortir le mérite solide de l'enseignement de Marjolin et le charme attaché à la manière dont il professait. Ses écrits sont un reflet de son enseignement. Sa thèse inaugurale, qu'il fut obligé d'écrire brusquement dans l'espace de quelques jours, consistait en une série de propositions de chirurgie et de médecine, dont M. Velpeau a présenté une analyse savante et exacte. Leur variété prouve que l'esprit observateur de Marjolin avait embrassé dans ses études tout le domaine de la pathologie et annonçait ce grand praticien qui devait plus tard obtenir la confiance générale non-seulement comme chirurgien, mais aussi comme médecin.

Son *Manuel d'anatomie*, qui a été si utile à nous tous, soit dans nos études anatomiques, soit dans les épreuves des concours d'aides et de prosecteurs, est le fruit de ses laborieux travaux comme professeur particulier d'anatomie, et ses nombreux articles de chirurgie dans les dictionnaires de médecine sont la reproduction de ses excellentes leçons à l'Ecole de médecine. Grâce à ces articles, cet enseignement si précieux ne sera pas entièrement perdu pour ceux qui n'ont pas eu le bonheur de l'entendre.

Mais s'il est instructif de considérer Marjolin comme professeur, il est plus profitable encore d'apprendre par son exemple l'art si difficile de bien pratiquer.

Avec les qualités d'esprit et de cœur dont il était doué et la haute réputation qu'il avait acquise, Marjolin devait attirer la confiance générale; jamais peut-être elle ne fut mieux justifiée. Son coup d'œil sûr et rapide, son tact pratique, sa vaste expérience assuraient la guérison des malades, dont il gagnait l'affection par sa bonté, sa douceur et l'agrément de ses manières. Qui de nous n'a saisi maintes fois l'occasion de s'aider de ses conseils et de s'initier à son contact dans ce savoir-faire de bon aloi que possédait Marjolin à un si haut degré? Quoique son désintéressement fût extrême

et que le pauvre fût assuré de ses soins à l'égal du riche, cependant il savait dans l'occasion, sans s'écarter des formes d'une urbanité parfaite, les faire estimer à leur juste valeur.

Un homme que Marjolin savait être fort riche vint un jour le consulter et en sortant lui laissa une papillote qui contenait une pièce de 2 francs. Venu une seconde fois, il voulut renouveler la manœuvre qui lui avait déjà si bien réussi. « Monsieur, lui dit Marjolin sans ouvrir la papillote, vous vous trompez, mes consultations ne sont que de 20 francs. »

Marjolin avait opéré et guéri un pauvre Auvergnat d'une hernie étranglée; à quelques jours de là, ce brave homme vint lui rendre visite portant un gros sac. Marjolin refusa d'abord de rien recevoir; mais l'Auvergnat, soutenant qu'ayant bien travaillé il devait être bien payé, versa sur la table le contenu de son sac : c'était 12 francs en sous et petite monnaie. Marjolin convint alors avec lui qu'ils partageraient, ce que l'autre accepta, et il s'en fut en disant à son chirurgien, avec une expression trop énergique pour la rapporter ici : Monsieur, vous devez faire de fameuses journées.

Son indépendance de caractère et sa franchise étaient au-dessus de toute considération d'intérêt personnel. Il était prosecteur lorsque la nation fut invitée à voter sur la question du consulat à vie; Marjolin écrivit : « Non » sur le registre qui lui fut présenté. Thouret, alors doyen de la Faculté, le fit venir dans son cabinet, et lui représenta la gravité des conséquences que pouvait avoir ce vote pour son avenir; le rigide républicain répondit que, ce vote étant l'expression de son opinion, il n'était pas libre de le modifier. « Eh bien! je me permets alors de le détruire », dit Thouret en déchirant la page qui pouvait nuire à son jeune ami.

Si Marjolin a obtenu par son mérite et son génie pratique la haute position qu'il avait conquise, c'est à sa modestie, à sa bonté, à sa droiture qu'il a dû en grande partie le bonheur dont il jouissait pendant sa vie. Tous ses panégyristes ont à l'envie rendu hommage aux qualités excellentes qui ont valu à Marjolin l'estime et l'affection de ses maîtres, l'amitié de ses camarades et même de ses rivaux, le respect et le dévouement de ses élèves. Un seul homme a fait à cet égard une triste exception; je ne veux pas ici soulever le voile jeté sur les imperfections de caractère qui ont empoi-

sonné la vie de Dupuytren, mais il me sera permis de rappeler que les premiers froissements qui eurent lieu entre Dupuytren et Marjolin fournirent la preuve de la loyauté de ce dernier et de sa constance dans l'amitié.

Dupuytren avait injustement accusé M. Gilbert de Savigny d'avoir pris parti pour Laënnec contre lui, dans une discussion de propriété littéraire. Marjolin défendit son ami avec une vivacité qui pouvait compromettre ses propres intérêts. Un trait charmant achève de peindre Marjolin dans cette circonstance. Ce ne fut que longtemps après que M. Gilbert apprit ce qu'il devait à son ami. Malgré sa jalousie, Dupuytren appréciait Marjolin et ne cessa de l'estimer, d'autant plus que ce dernier n'oublia jamais, même dans ses rapports les plus pénibles avec son ancien maître, qu'il avait été son prosecteur affectionné. Dupuytren, dans les dernières années de sa vie, avait même fini par céder au charme qu'exerçait Marjolin sur tous ceux qui l'approchaient; il ne craignit pas, un jour, de lui confier les chagrins de sa vieillesse. Lorsque notre collègue M. René Marjolin fut nommé élève externe, Dupuytren demanda à son père de l'envoyer à l'Hôtel-Dieu, témoignant ainsi publiquement de son estime pour son collègue.

Marjolin resta toujours attaché à ses premiers maîtres, même après qu'il fut devenu leur égal. Boyer surtout, dont la tournure d'esprit avait tant de rapports avec celle de Marjolin, et qui l'avait initié dans l'étude de la chirurgie, fut toujours vénéré par son ancien élève.

Marjolin arrivait à l'Ecole pour donner sa leçon, lorsqu'il apprit que son maître venait d'expirer; il entra dans l'amphithéâtre, s'assit dans sa chaire, et après un instant de silence: « Messieurs, dit-il, l'Ecole vient de faire une grande perte; M. le professeur Boyer est mort: il m'est impossible de donner ma leçon dans une circonstance si douloureuse. » Et il leva la séance, rendant ainsi à Boyer un hommage qui valait bien un panégyrique.

Lorsque quelques-uns d'entre nous eurent l'idée de fonder la Société de chirurgie de Paris, Marjolin applaudit à ce projet et encouragea nos premiers pas. Nos statuts invitaient nos collègues plus anciens que nous dans les hôpitaux à se joindre à nous; quoique nous eussions la conviction que la Société de chirurgie avait assez d'éléments de vitalité pour réussir et prendre la

place qui lui appartenait, nous aurions tenu à honneur de recevoir l'adhésion et le concours de nos maîtres. Nos espérances, quelque légitimes qu'elles fussent, furent trompées : Marjolin seul vint à nous ; il comprit l'utilité et l'avenir réservé à cette Société ; il y avait d'ailleurs, dans cette adhésion, un encouragement à donner à de jeunes collègues, et ce motif eût suffi à ce noble cœur. Il regrettait souvent de ne pouvoir assister à nos séances ; l'intérêt qu'il portait à la Société de chirurgie ne se démentit pas même à son lit de mort ; il se faisait rendre compte des discussions qui avaient eu lieu, et les éclairait parfois de ses réflexions. Il avait eu l'idée de consacrer à la Société de chirurgie les loisirs forcés que lui créait sa maladie, et j'ai eu entre les mains le commencement d'un manuscrit qui avait trait aux déplacements de matrice et qui devait être offert à notre Société.

Ah ! messieurs, si quelque chose peut ajouter aux regrets que nous a causés la perte de ce maître si bon, si aimable, de ce praticien si judicieux, de ce professeur qui nous instruisait en nous charmant, ce serait d'avoir été privés de ce travail précieux, dans lequel il nous eût fait connaître les fruits de son immense pratique et de sa longue expérience.

La mémoire de Marjolin vivra toujours parmi nous ; nous apprendrons à la génération qui nous pousse, et qui bientôt nous remplacera sur ces bancs, à aimer Marjolin. Je ne sais si je me trompe ; mais il me semble que l'avenir de notre Société serait encore plus assuré si elle était placée sous le patronage de ce beau nom, et si nous rappelions les titres que Marjolin avait à notre affection en plaçant son buste dans cette salle. Si cette idée avait votre approbation, je proposerais que notre président exprimât à madame Marjolin le vœu que nous formons de posséder le buste de notre maître.

Puisse cet hommage de la Société de Chirurgie contribuer à adoucir les regrets de celle qui, après avoir embelli la vie de Marjolin et lui avoir fait goûter les joies du foyer domestique, a su, par sa tendresse et son dévouement de tous les instants, préparer le moment où il a été recueilli dans le sein de Dieu, qui l'avait comblé de tant de faveurs pendant sa carrière terrestre !

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, DEMARQUAY.

*Séance du* 9 *juillet* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Chassaignac donne les détails anatomiques suivants sur une hernie obturatrice dont il a présenté les pièces pathologiques dans la précédente séance.

Une femme âgée de 40 ans, phthisique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 5 juin 1851. Elle avait deux hernies crurales, l'une à droite, épiploïque, l'autre à gauche, intestinale.

Des symptômes d'étranglement se déclarent, et à la visite du 10 juin on trouve l'état suivant : facies altéré ; vomissements de matières intestinales; ballonnement du ventre avec relief assez bien dessiné des bosselures de l'intestin; sensibilité du ventre, mais pas très vive. La hernie crurale droite est indolente et, selon toute apparence, épiploïque. La hernie crurale gauche, irréductible comme la première, est évidemment intestinale.

On ne décide pas l'opération, à raison des circonstances suivantes :

1° La hernie crurale gauche, quoique irréductible, ne présente pas le degré de tension et de sensibilité d'une hernie franchement étranglée.

2° La malade a eu dans la nuit une selle abondante.

3° Si tous les accidents observés ont eu pour cause un étranglement, il est à craindre que celui-ci n'ait déjà produit des résultats sur lesquels l'opération ne peut plus rien.

Le lendemain, 11 juin, les symptômes ont pris un tout autre aspect; ce sont beaucoup moins ceux d'un étranglement que ceux du choléra. La malade a bien encore des vomissements, mais elle a eu plusieurs selles abondantes; la face est décomposée; une sueur gluante et froide recouvre tout le corps, qui est lui-même à l'état de refroidissement profond. Le pouls est petit, concentré; les yeux sont profondément excavés; la langue est sèche et pâle ; cyanose générale et très prononcée existant sur toute la surface du corps. Pas de trace de la sécrétion urinaire depuis près de 36 heures. Ca-

thétérisme : résultat nul. Du reste, pas de taches scléroticales; pas de crampes ; voix très affaiblie, avec sensation douloureuse à la gorge ; c'est même la seule chose dont se plaigne la malade.

Dans la matinée du 11, le refroidissement et la cyanose vont en augmentant. Mort dans l'après-midi.

Ces symptômes de choléra chez des sujets atteints de hernie étranglée ont fixé l'attention de plusieurs auteurs modernes. M. Gosselin en a cité des exemples à la Société; M. Archambault, interne à l'hôpital Saint-Antoine, a observé plusieurs faits de ce genre.

A l'autopsie, point de péritonite bien appréciable. Hernie crurale droite épiploïque peu volumineuse, adhérente. Hernie crurale gauche intestinale.

Au moment où on ouvre l'abdomen, on reconnaît qu'indépendamment des deux hernies crurales, une anse intestinale se rend directement au trou obturateur droit, dans la partie duquel elle s'engage. Elle résiste à une traction modérée faite pour la dégager de l'intérieur du sac; mais à une traction plus forte elle cède, et l'on constate que dans le point qui correspondait au collet du sac existe une empreinte circulaire bien distincte et annonçant une hernie sinon étranglée, du moins en voie d'étranglement. En observant l'orifice interne du sac par l'intérieur de l'abdomen, on remarque que cet orifice est plus spacieux que celui de la hernie crurale correspondante.

Après la dissection, on reconnaît que le sac herniaire s'est produit à travers l'échancrure en arcade renversée que présentent pour le passage les vaisseaux et les nerfs :

1° Le muscle obturateur interne;
2° La membrane obturatrice.

Les vaisseaux et nerfs sont au côté externe du collet du sac et du sac lui-même. Celui-ci, en partie recouvert par le bord supérieur du muscle obturateur externe, commence à pointer au-dessus de ce bord en le déprimant. Il résulte de là que, le pectiné étant enlevé, le muscle obturateur externe laisse apparaître à son bord supérieur, légèrement déprimé, l'hémisphère supérieur du sac herniaire sous forme d'un croissant à convexité supérieure. Le muscle obturateur une fois détaché, on aperçoit la totalité du sac.

Il est régulièrement sphéroïdal, nullement piriforme, du volume d'une prune.

Nous revenons sur la hernie crurale gauche, qui nous a offert quelques particularités dignes d'être notées. Elle est complétement intestinale, nullement adhérente. Au lieu d'être serré au collet du sac, son pédicule joue assez librement dans l'orifice de ce dernier, et cependant l'intestin ne peut être retiré de l'intérieur du sac par la cavité abdominale. Il est retenu par un obstacle insurmontable, à ce point que nous croyons à des adhérences. On ouvre alors le sac. Nulle adhérence ne s'y observe; seulement, l'anse intestinale qui forme la hernie est bleuâtre, quoique tout à fait exempte de gangrène, et dans une disproportion telle avec l'orifice du sac, que l'on comprend aussitôt comment la hernie était complétement irréductible. Cette première disposition, qui retenait invariablement l'anse intestinale dans la cavité du sac et par le moyen de cette anse, une bande mésentérique fortement tendue entre les attaches vertébrales du mésentère et l'intérieur du sac herniaire, donnait lieu à un mode d'étranglement interne assez curieux.

L'espèce de lanière mésentérique correspondant à l'anse intestinale contenue dans le sac était fortement tendue, non pas à la manière d'une corde libre et indépendante, mais sous forme d'une bride renfermée dans l'intérieur d'une trame organique et tendue par une traction qui s'exerce spécialement sur elle. D'un autre côté, on comprend que, malgré la mobilité dont jouissait encore l'anse intestinale crurale dans le collet du sac, il y avait par le fait seul de cette hernie de l'embarras dans le cours des matières intestinales. Or voici ce qui était arrivé. La portion d'intestin grêle formant ce qu'on appelle le bout supérieur, bout supérieur qui dans le cas particulier se trouvait à gauche de la bride mésentérique, s'était distendue par des matières intestinales. Par suite de sa distension et de l'augmentation du poids qui en résultait, cette portion d'intestin grêle avait subi un déplacement et un mouvement de demi-conversion, par suite duquel, au lieu de rester à la gauche de la bride mésentérique, elle était venue en passant au-devant d'elle se porter à droite et tomber par son poids jusque dans le petit bassin. Il résultait de là que l'intestin formait un coude très aigu dont le fond, ou, si l'on veut, l'angle de réflexion était occupé par la bride mésentérique sur laquelle l'intestin se coupait pour

ainsi dire comme sur une vive arête. L'intestin, s'étant plié en deux sur lui-même, comme les branches d'un compas ou comme un linge mouillé étendu sur une corde, rendait absolument impossible toute circulation des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

Les selles qui avaient eu lieu ne provenaient évidemment que de la portion intestinale placée au-dessous de cet étranglement. Celui-ci siégeait à une distance peu considérable du commencement de l'intestin grêle. Toute la surface interne de l'intestin était parsemée dans toute sa longueur de follicules blanchâtres comme puriformes analogues à ceux qui s'observent dans le choléra.

M. Gosselin. Je ferai observer à M. Chassaignac que la coïncidence des phénomènes cholériques avec la hernie étranglée n'est pas une chose aussi rare que peut le croire notre collègue. Ce fait a été observé souvent depuis 1832, et j'ai dû insister sur cette particularité dans ma thèse sur les signes de l'étranglement.

M. Maisonneuve dit que l'on ne peut pas toujours juger du degré de l'étranglement d'une hernie par ce que l'on trouve à la mort. En effet, après celle-ci, les parties tuméfiées par l'inflammation se dégorgent, et on ne voit les parties que revenues sur elles-mêmes et ne subissant plus les phénomènes de l'étranglement.

### Correspondance.

M. Davart, médecin à Aix en Savoie et membre correspondant de la Société, adresse deux mémoires imprimés ayant pour titre, l'un : *Considérations physiologiques et pratiques sur les divers moyens employés pour guérir l'hydrocèle et sur une méthode nouvelle plus facile et moins dangereuse ;* l'autre : *Fractures de la clavicule.* (M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.)

— M. Mascarel, médecin à Châtellerault, adresse un mémoire ayant pour titre : *Opération de l'hydrocèle suivie de tétanos.* (Commissaires : MM. Chassaignac, Huguier.)

— M. Auzias-Turenne adresse une lettre pour rappeler à la Société les principes qu'il a établis relativement à la syphilisation, et les résultats que vient d'obtenir M. Sperino, de Turin.

— M. Boinet lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vial, chirurgien de l'hôpital de Saint-Etienne, intitulé : *Du traitement des anévrismes par la galvano-puncture.*

L'opinion de M. Vial est que, si ce traitement n'a pu obtenir tout le succès qu'on devait en espérer, c'est à cause des accidents qu'il entraîne à sa suite, accidents qui pourraient être évités si l'on faisait fonctionner la machine électrique pendant cinq ou six minutes seulement au lieu de vingt-cinq minutes, et si au lieu d'une seule séance on en faisait plusieurs et jusqu'à la cessation complète des pulsations artérielles. Par ce moyen la galvano-puncture ne développerait pas de douleurs, il n'y aurait pas le moindre phénomène inflammatoire, et par contre on n'aurait à redouter ni suppuration, ni hémorrhagies, ni gangrène ; on obtiendrait la coagulation du sang dans le sac anévrismal sans oblitérer l'artère. A l'appui de ces idées, M. Vial rapporte un seul fait, qui, malheureusement, ne vient pas les confirmer, car le malade qu'il a opéré n'a plus voulu de la galvano-puncture à la quatrième séance, tant les douleurs qu'il avait éprouvées avaient été vives. Cependant ces séances n'avaient duré que 5 ou 6 minutes ; elles n'avaient pas amené la coagulation du sang dans le sac anévrismal, coagulation qui n'a eu lieu que vingt-huit jours après la dernière séance. D'ailleurs M. le rapporteur fait remarquer que le malade qui a succombé à une autre affection n'était pas radicalement guéri, puisqu'à l'autopsie on a trouvé le sac anévrismal rempli d'une espèce de bouillie, et *communiquant toujours avec l'artère qui était perméable;* d'où il conclut que la maladie se serait probablement reproduite si le malade n'était pas mort. Voulant bien apprécier l'état actuel de ce point scientifique, M. Boinet a recherché tous les faits publiés jusqu'à ce jour ; il en a trouvé vingt-trois qu'il a consignés dans son rapport et analysés avec soin. Il commence par rappeler que cette idée de guérir les anévrismes par la galvano-puncture appartient à M. Pravaz, qui ne l'a jamais appliquée sur l'homme ; que c'est en 1838 que Liston l'employa pour un anévrisme de la sous-clavière droite, mais sans succès, puisque le chirurgien anglais fut obligé de recourir à la ligature, et que déjà à cette époque on recommandait d'éviter les courants galvaniques trop violents pour ne pas gangrener les tissus. Il signale encore une observation publiée en 1838 dans les thèses de MM. Clavel et Gérald. Il s'agissait d'un anévrisme volumineux de la crurale, qui fut également traité sans succès par la galvano-puncture.

Quelques années plus tard, en 1845, M. Pétrequin reprit cette

question et publia un certain nombre d'observations qui sont relatées par M. le rapporteur et qui ne lui permettent pas de tirer des conclusions aussi favorables que celles que l'auteur a voulu en tirer; il fait connaître, enfin, les observations de plusieurs autres chirurgiens français ou étrangers qui se sont occupés de ce sujet, et avec tous les faits qu'il a pu réunir il est arrivé à conclure que ce point si important de chirurgie pratique est encore loin d'être éclairé, qu'il a besoin d'être résolu par une expérience clinique conduite dans les limites de la plus grande prudence, et que les chirurgiens devront encore, en attendant des résultats plus satisfaisants de la galvano-puncture, préférer la ligature.

Ainsi, sur 23 cas d'anévrismes traités par cette méthode, 8 de l'artère brachiale, 7 de l'artère poplitée, 2 de l'artère sous-clavière, 1 de l'ophthalmique, 1 de l'artère temporale, 1 de la carotide, 1 de l'aorte thoracique, 1 de l'artère cubitale et 1 dont le siége n'est pas désigné, il y a eu 13 insuccès complets (3 pour l'artère brachiale, 5 pour l'artère poplitée, 1 pour l'artère sous-clavière droite, 1 pour l'artère ophthalmique, 1 pour l'artère carotide, 1 pour l'artère aorte, 1 pour l'artère cubitale). Il y a eu 9 succès, sur lesquels 7 au moins permettent d'élever des doutes et comme résultats et comme traitement, car les guérisons ont eu lieu et à l'aide de la compression, de la glace et de la galvano-puncture et quelquefois aussi à la suite d'inflammation et de suppuration. Il reste donc 2 cas seulement dont la guérison a été bien constatée, mais n'a pas été obtenue sans accident aucun.

En présence de ces faits, dit M. Boinet, nous ne pouvons partager l'enthousiasme de quelques-uns de nos confrères et croire que la galvano-puncture doit être préférée à la ligature. Le doute qui semble exister aujourd'hui dans l'esprit de tous les chirurgiens vient de ce que ces guérisons ont été publiées trop prématurément, et en les analysant il est facile de comprendre que les auteurs de ces observations ont plutôt consigné ce qu'ils voulaient obtenir que ce qu'ils ont obtenu et qu'ils ont écrit sans en avoir la preuve, mais par induction, lorsqu'ils ont dit que si telle ou telle condition était remplie on ne verrait pas survenir tels ou tels accidents.

En terminant, M. le rapporteur fait remarquer que les règles pour appliquer cette méthode ne sont nulle part bien tracées, que chacun agit à son point de vue, que tous croient trouver la cause

des accidents qu'ils ont remarqués dans l'appareil, accidents qu'ils paraissent sûrs de faire disparaître, mais sans en fournir aucune preuve, soit en modifiant l'appareil instrumental et son mode d'application, mais que jusqu'à présent les faits sont venus contredire la plupart des assertions des auteurs, puisque, malgré toutes les pré-précautions recommandées, c'est-à-dire que les piles aient été fortes ou faibles, qu'elles aient été construites d'une façon plutôt que d'une autre, que les courants aient été continus ou interrompus, les séances longues ou répétées, etc., les mêmes accidents se sont manifestés toujours les mêmes à peu près. Un seul fait qui a paru constant sous l'influence de l'électricité, c'est la coagulation du sang, encore a-t-il toujours fallu que le courant eût une certaine force pour l'obtenir promptement; mais alors les accidents sont plus certains; si le courant est faible, ces accidents sont moindres, il est vrai, mais la coagulation du sang est incertaine, nulle ou n'a lieu que longtemps après.

M. Giraldès. Je demande à ajouter quelques mots à l'historique de la galvano-puncture. M. le rapporteur attribue à M. Pravaz l'idée de l'application du galvanisme au traitement des anévrismes; je dois faire remarquer qu'en 1845 M. Benj. Philipps, chirurgien de l'hôpital de Westminster, en revendiqua la priorité dans une lettre adressée à l'Académie des sciences de Paris, dans laquelle il parle d'un travail qu'il a publié en 1832, où il est question de l'application du galvanisme au traitement des anévrismes; il dit qu'il eut occasion d'en faire l'application dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, et que M. Kente, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, l'employa également dans un cas d'anévrisme de l'artère carotide. Ces deux faits sont donc à ajouter à ceux cités dans le rapport.

On doit regretter que M. Boinet n'ait pas eu à sa disposition quelques-uns des travaux publiés en Italie sur cette matière, et surtout qu'il ne lui ait pas été donné de consulter en entier les faits qui ont servi de base à son travail; en effet, si M. le rapporteur avait eu à sa disposition les recueils où ils sont insérés, il aurait trouvé d'autres faits, et surtout des détails plus précis, qui lui auraient permis de juger plus favorablement la méthode de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes. Sans doute, cette appréciation qu'il en fait eût été plus complète et plus exacte s'il avait

comparé les accidents survenus à la suite de la galvano-puncture à ceux qu'on observe à la suite des ligatures des artères ; à ce point de vue, en jetant un coup d'œil sur la statistique des ligatures de l'artère fémorale publiée par Norris, il aurait conclu que les dangers de la galvano-puncture ne sont pas plus graves que ceux de la ligature. Sur 204 cas de ligature de l'artère fémorale recueillis par le chirurgien américain, on trouve 50 cas de mort et 6 cas d'amputation par suite de la gangrène du membre. Sur le chiffre cité, 188 cas appartiennent à des anévrismes ; sur ce nombre, on trouve 46 morts, 24 hémorrhagies consécutives, 16 cas d'inflammation et de suppuration du sac, 31 cas de gangrène et plusieurs cas de retour des pulsations dans le sac plusieurs mois après l'opération. D'ailleurs, un examen détaillé de tous les faits dans lesquels la galvano-puncture a été employée lui aurait permis de montrer que, dans un grand nombre de cas, cette méthode a été employée sans aucune donnée et d'une *manière irrationnelle*, soit dans le but d'essayer un moyen nouveau, ou encore en désespoir de cause, alors qu'aucun autre moyen ne pouvait plus être appliqué, comme dans l'observation d'anévrisme de l'artère carotide présentée au huitième congrès scientifique d'Italie, et dans le cas d'anévrisme de l'artère carotide publié par Hamilton. En analysant tous ces faits, on trouve la preuve de cette assertion, que, dans beaucoup de cas, les opérateurs se sont servis d'appareils variables, des piles à auge, à colonne, à courant continu, et dont l'intensité ainsi que le mode d'action leur étaient inconnus. Or, des expériences faites dans cette condition ne peuvent servir que comme renseignement, car elles ne sauraient fournir des données précises pour asseoir une conclusion.

M. le rapporteur, voulant traiter en entier et apprécier la valeur de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes, aurait plutôt dû faire ressortir toutes ces données. Avant de formuler ses conclusions, dont on est en droit de lui récuser les bases, il était nécessaire de montrer les points qui demandent à être examinés de nouveau, et surtout de faire sentir les deux points principaux qui dominent cette question, à savoir : 1° l'étude des indications ; 2° l'étude des meilleurs appareils à employer, ainsi que la durée et l'intensité du courant galvanique. Je trouve donc que M. le rapporteur s'est trop pressé de juger la méthode de la galvano-puncture.

Après une courte discussion, le travail de M. Vial et celui du rapporteur sont envoyés au comité de publication, et M. Vial est nommé membre correspondant.

### Appareil à irrigation.

M. Maisonneuve. J'ai l'honneur de présenter à la Société un nouvel irrigateur vaginal qui me paraît remplir toutes les conditions désirables.

Depuis longtemps déjà, M. Foucaud, de Nanterre, avait imaginé un instrument destiné à pratiquer des irrigations vaginales continues en laissant les malades couchées dans leur lit ou sur un canapé. Cet instrument consistait en un cylindroïde en ivoire représentant une tête arrondie, un collet étroit formant gorge et une cuvette ou bourrelet saillant. Dans la longueur de ce cylindre étaient creusés deux canaux : l'un afférent, articulé d'une part avec un long siphon flexible et d'autre part terminé en arrosoir à l'extrémité du cylindre; l'autre, efférent, s'ouvrait par un large orifice dans le fond de la gorge ou rigole circulaire et se continuait à l'extérieur avec un tuyau de décharge. L'instrument étant introduit dans l'intérieur du vagin, l'eau arrivait par le tuyau afférent, baignait le col de l'utérus; puis, trouvant dans la cuvette un obstacle à sa sortie, s'écoulait au dehors par le tuyau de décharge, dont l'orifice était béant au fond de la rigole circulaire.

Tel était au moins le but que s'était proposé M. Foucaud. Malheureusement le résultat ne répondait que bien imparfaitement à l'intention.

Cette cuvette d'ivoire, destinée à retenir l'eau dans le vagin et à la forcer de s'écouler par le tuyau de décharge, rendait extrêmement pénible et souvent impossible l'introduction de l'instrument; d'une autre part, elle ne retenait que très incomplétement les liquides et les laissaient presque toujours couler entre elle et les parois vaginales de manière à inonder les malades.

Frappé de ces inconvénients qui neutralisaient presque entièrement le bénéfice des irrigations continues, j'eus l'idée de substituer une cuvette élastique et dilatable à la cuvette d'ivoire, dont le volume, la rigidité et l'insuffisance viciaient radicalement l'instrument. Je fis donc abattre cette cuvette, et je priai M. Gariel d'adap-

ter à sa place un de ses ingénieux pessaires en caoutchouc que l'on peut insuffler ou aplatir à volonté.

Grâce à cet heureux perfectionnement, les irrigations vaginales continues ne laissent plus rien à désirer. L'instrument, peu volumineux, peut être facilement introduit par les malades; sa distension s'opère sans la moindre fatigue, et l'eau, parfaitement retenue dans le vagin, s'écoule seulement par le tuyau de décharge, sans suinter par la vulve, ni mouiller les garnitures du lit.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 16 *juillet* 1851.

### Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

M. DEBOUT fait part à la Société d'une lettre de M. Pétrequin, dans laquelle ce chirurgien déclare que tous les malades dont les observations ont été consignées dans son mémoire, analysé par M. Boinet, sont complétement guéris.

De plus, la Société reçoit :

1° Un travail de MM. Desgranges et Lafargue, de Bordeaux, intitulé : *Quelques réflexions sur l'exercice des fonctions d'expert en médecine légale ;*

2° Le numéro de juillet du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Lucas-Championnière.

### Rapport.

M. GOSSELIN fait un rapport sur le travail de M. Bouvier, ayant pour titre : *Note sur un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle, par un diverticule de l'iléon.* M. Gosselin, après avoir fait connaître tous les détails du fait observé par M. Bouvier, se demande si la chirurgie doit rester inactive devant les faits de ce genre, et si le chirurgien n'est pas autorisé à recourir à l'opération de l'anus contre nature.

**Discussion.**

M. Maisonneuve. J'ai fait des recherches dans le but d'instituer une opération rationnelle, afin de faire disparaître les accidents déterminés par l'étranglement interne. Il résulte de mes expériences qu'une anse intestinale complétement détachée de l'intestin, et ne tenant plus que par le mésentère, peut continuer à vivre parfaitement. Il résulte aussi de mes recherches que l'on peut anastomoser la portion supérieure de l'intestin grêle (ce dernier étant coupé) avec le gros intestin. Dans tous les cas, les matières alimentaires arrivent plus ou moins rapidement dans le gros intestin, suivant la partie qui a été anastomosée. Lorsque la section n'a point été faite trop près du duodénum, la vie continue sans être profondément troublée; le bout inférieur subit une rétraction sur lui-même. Je me suis appuyé sur ces expériences pour conclure que, dans le cas d'étranglement interne, d'affection organique mettant obstacle au cours des matières et amenant promptement la mort, le chirurgien doit pratiquer l'anastomose de l'intestin grêle avec le commencement du gros intestin, ainsi que je l'ai indiqué dans le travail que j'ai publié sur ce sujet.

M. Morel-Lavallée croit que, d'après le dessin donné par M. Bouvier de l'étranglement interne que cet auteur a publié, ce qu'il y avait à faire, c'était de couper la bride qui avait occasionné l'étranglement.

M. Michon. Je trouve intéressants les détails que vient de donner M. Maisonneuve; mais peut-on rigoureusement induire des expériences de notre confrère que, dans le cas d'étranglement interne chez l'homme, on pourra pratiquer l'anastomose de l'intestin grêle avec le gros intestin. La première chose à déterminer, avant de tenter une opération, ce serait le point de l'intestin étranglé. Or, nos connaissances sur ce sujet ne sont point assez précises pour que nous puissions dire : L'étranglement siége dans tel point. A défaut de ces connaissances, on pourrait anastomoser une portion supérieure de l'intestin grêle, trop proche du duodénum, avec le gros intestin, et mettre ainsi le malade dans des conditions où la vie ne serait point possible. Mais supposons un instant nos connaissances assez précises pour déterminer nettement la partie étranglée. Sera-ce là encore une opération comparable, pour la

gravité, à la herniotomie? qui ne voit toutes les difficultés que présente une pareille opération! vous allez prendre une anse intestinale fortement distendue par des matières alimentaires; et après l'avoir incisée, vous anastomosez cette partie avec le cœcum. Pouviez-vous assurer, avant l'opération, que vous allez trouver le siége de l'étranglement, que vous distinguerez l'intestin grêle distendu du gros intestin; que vous connaissez la nature de l'étranglement? en dehors de ces conditions, je ne vois pas que l'anastomose soit applicable à l'homme. Je la rejette comme étant aventureuse et en dehors des conditions que réclame toute opération chirurgicale.

M. Debout fait observer que le siége de l'étranglement est souvent si difficile à connaître, que, même à l'autopsie, on ne peut le découvrir qu'avec beaucoup de peine.

M. Huguier a constaté à l'autopsie que la partie comprimée était derrière la masse intestinale; il put alors se convaincre que l'opération de la gastrotomie était impossible.

M. Maisonneuve. Dans les expériences que j'ai faites sur les animaux, je me suis mis autant que possible dans les conditions analogues à celles que nous rencontrons sur l'homme; j'ai vu mon opération réussir; dès lors j'ai cherché à voir si elle serait applicable à ce dernier, et j'ai vu qu'une incision de cinq à six pouces, pratiquée à la paroi abdominale droite au-dessus du ligament de Fallope, permettait au chirurgien d'arriver sur la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin. Dans un cas où j'assistais à une opération d'anus contre nature que M. Nélaton avait établi en ce point, j'ai pu me convaincre que l'on arrivait, même sur le vivant, à découvrir ces deux parties du tube digestif.

Quant à la distension de l'intestin et à la difficulté d'éviter les épanchements dans la cavité abdominale, je ne crois pas que ce soit là quelque chose au-dessus des ressources de l'art; on peut, en effet, vider complétement l'intestin avant de pratiquer l'anostomose; sans doute l'opération que je propose présente des difficultés et des dangers; mais il ne faut point oublier que la maladie pour laquelle elle est indiquée est grave et promptement mortelle; en un mot, c'est une dernière ressource.

M. Gosselin. Il serait, suivant lui, plus avantageux, dans les cas où une opération serait praticable, d'aller à la recherche de la

partie qui étrangle pour lever l'étranglement, ou d'établir un anus contre nature, ou même encore de pratiquer l'invagination.

M. Nélaton. J'ai eu occasion de pratiquer la gastrotomie pour remédier à l'étranglement interne. La première opération de ce genre que je fis, ce fut à l'Hôtel-Dieu, alors que je remplaçais M. Roux. Un jour, M. Vigla me pria de voir un malade qui portait un étranglement interne depuis quatorze jours ; je crus qu'il n'y avait rien à faire; mais le surlendemain, le malade vivant encore, je me décidai à établir un anus contre nature. Une incision fut faite à la paroi abdominale; j'attirai une portion d'intestin située au-dessus de la portion étranglée et j'établis un anus contre nature, et mon malade a guéri.

Dans une autre circonstance, je fus moins heureux : j'établis encore un anus contre nature; mais le malade succomba; je constatai alors par l'autopsie que la partie étranglée était à la fin de l'intestin grêle et que l'ouverture que j'avais pratiquée était voisine de la partie étranglée. Je n'hésiterais pas dans des circonstances semblables à pratiquer de nouveau la gastrotomie et d'établir un anus contre nature.

M. Lenoir. Je ne puis partager l'opinion de M. Nélaton sur la prééminence qu'il accorde à l'opération qui consiste à établir un anus contre nature dans un point du petit intestin supérieur à l'étranglement, sur l'opération dans laquelle on va à la recherche de l'obstacle qui s'oppose au libre cours des matières dans le canal intestinal.

La première de ces opérations, qui n'est après tout que l'application au petit intestin de l'opération que Littre pratiquait sur le gros dans les cas d'imperforation de l'anus ou d'absence du rectum, ne me paraît pas avoir dans le cas d'étranglement interne l'avantage qu'elle a dans celui-ci. Je lui reproche de donner trop au hasard, de ne pas s'attaquer franchement à l'obstacle qui produit l'étranglement; enfin, de laisser subsister après elle dans la cavité péritonéale une portion d'intestin fortement enflammée ou déjà même gangrenée, qui causera sûrement une péritonite mortelle.

J'ai dit qu'elle laissait trop au hasard, parce qu'en premier lieu on pratique l'opération sans savoir d'avance si l'obstacle au cours des matières est placé près ou loin du duodénum; ensuite parce que,

quand on pratique celle-ci, comme on ouvre la première portion d'intestin qui se présente à la plaie du ventre, il peut se faire que cette portion soit voisine du duodénum, et dans ces deux cas qui ne voit qu'après l'établissement de l'anus artificiel il ne restera entre l'estomac et cet anus qu'une étendue d'intestin insuffisante pour l'élaboration des aliments et la nutrition de l'opéré! Pour moi, je voudrais, avant de pratiquer une pareille opération, être plus certain qu'elle profitera au malade en cas de réussite, et cette certitude, on ne peut l'avoir en opérant comme je viens de le dire.

En second lieu, l'anus anormal que vous établissez dans ce cas est une infirmité dégoûtante dont vous ne pourrez délivrer votre malade qu'à la condition de rétablir la continuité du canal intestinal au-dessous du point incisé; or vous ne faites rien pour obtenir ce résultat, et cette continuité ne se rétablira que s'il plaît à Dieu de la rétablir.

Enfin, vous laissez subsister dans la cavité péritonéale une masse plus ou moins volumineuse d'intestin étreinte à son pédicule par une bride plus ou moins serrée et qui en produira la mortification si elle persiste; or vous ne faites encore rien ici contre cette cause de péritonite, et la mort en sera la terminaison certaine.

L'opération qui consiste à aller à la recherche de l'étranglement en ouvrant largement la paroi abdominale antérieure, si elle réussit, n'a aucun de ces inconvénients; par elle, on arrive à l'obstacle, on peut en apprécier la nature, on peut le lever et finalement remettre les choses dans l'état où elles étaient avant l'accident. Je sais bien que ce résultat s'obtient rarement, qu'il est difficile à obtenir et que souvent même on a été contraint d'abandonner l'opération commencée faute de renseignements préalables sur le siége de l'étranglement; mais ces difficultés d'application ne lui ôtent rien de sa valeur, et, pour mon compte, je la préfère à l'entérotomie, qui ne remédie qu'à un seul accident de l'étranglement, la réplétion du bout de l'intestin supérieur au point rétréci et aux vomissements qui en sont l'effet, et qui, même en cas de succès, place l'opéré dans des conditions d'existence problématiques et dégoûtantes.

M. Nélaton. J'accepte, avec M. Lenoir, que le malade opéré peut succomber aux suites de l'opération et même d'inanition; mais il ne faut point oublier que la maladie pour laquelle la gas-

trotomie est pratiquée est presque toujours mortelle. Mais je ne puis pas admettre qu'il soit aussi difficile d'arriver sur la partie inférieure de l'intestin grêle que le pensent plusieurs de nos collègues. L'anatomie pathologique nous a appris que le plus souvent ces étranglements siégent sur la partie de l'intestin qui se rapproche du cœcum. La tympanite, qui survient toujours, peut servir au diagnostic du chirurgien, en lui indiquant d'une manière approximative la longueur de l'intestin situé au-dessus de l'étranglement. D'ailleurs, l'anus contre nature n'est point une infirmité irrémédiable. Nous avons pu, M. Denonvilliers et moi, faire disparaître cette infirmité par une opération qui consiste à isoler l'intestin des parois abdominales contre lesquelles elles sont appliquées, et en pratiquant la suture de Gélis.

M. Chassaignac. La principale gravité de l'opération à laquelle on soumet le malade affecté d'étranglement interne est incontestablement d'ouvrir le ventre. Pourquoi, alors que ce premier temps est accompli, ne pas aller à la recherche de l'obstacle, le faire disparaître et rétablir l'anus contre nature, lorsqu'il est bien démontré qu'aucune autre opération n'est praticable? Je ne crois pas que la tympanite même très étendue soit une preuve que l'étranglement intestinal existe à la partie inférieure de l'intestin grêle. J'ai pu me convaincre tout récemment qu'une faible portion (deux pieds et demi) d'intestin développé par des gaz donnait au ventre un développement assez considérable. De plus, cette anse intestinale de deux pieds et demi s'était portée du côté de la fosse iliaque droite qu'elle distendait.

MM. Michon et Lenoir font observer à M. Nélaton que dans la majorité des cas l'anus contre-nature est complétement insuffisant. Il remédie à un des accidents nombreux que détermine l'étranglement interne; mais l'étranglement lui-même persiste comme maladie avec toute sa gravité. Et en supposant que le malade survive à la maladie et à l'opération, ils ne voient pas comment par la suture de Gélis il sera facile à M. Nélaton de rétablir le cours des matières, attendu que l'obstacle au cours de celles-ci sera toujours persistant. Aussi ces messieurs font-ils observer que dans le cas où M. Nélaton a réussi à faire disparaître l'anus contre nature, ce dernier n'avait point été établi pour remédier à un étranglement interne, mais bien pour remédier à la difficulté où se trouvait le ma-

lade de rendre ses matières à la suite d'une hernie étranglée et réduite.

M. Denonvilliers. Il est vrai que l'opération est grave et qu'elle offre peu de chances de succès; mais il ne faut pas oublier que la maladie pour laquelle elle est faite est mortelle. Tout imparfaite que soit la gastrotomie, elle remédie à l'un des accidents les plus graves de l'étranglement interne, c'est-à-dire à l'impossibilité de rendre les matières, elle prolonge la vie, et permet à la nature d'agir.

### Luxation du cristallin sans cataracte.

M. Larrey communique le fait suivant, et présente un malade qui fait l'objet de cette communication.

Un enfant de troupe, nommé Nicole, âgé de 13 ans, d'assez bonne constitution, a eu, à l'âge de 2 ans, des convulsions qui semblent avoir affaibli notablement sa vue, car dès lors, et d'après le dire de ses parents, il n'a pu reconnaître les objets qu'en les rapprochant très près de ses yeux.

Cette faiblesse visuelle a été constatée plus tard par M. Sichel, et considérée en 1847 comme un état de myopie; elle a nécessité l'entrée du petit malade à l'hôpital Saint-Antoine. Il en est sorti bientôt, après avoir présenté dans l'œil gauche quelques signes qui paraissaient être ceux d'un synchésis étincelant. Admis enfin, au mois de mai dernier, à l'hôpital d'Orléans pour une ambliopie double qui n'offrait alors aucune différence appréciable dans l'état des deux yeux, Nicole a reçu pendant quelque temps les soins de notre honorable confrère M. Valette, et a été évacué le mois suivant sur le Val-de-Grâce.

Une exploration faite à la clinique le 15 juin nous démontre l'état suivant :

L'œil droit est intact et n'offre aucune modification dans ses diverses parties; mais il est affecté d'une ambliopie assez prononcée, sans dilatation de la pupille, qui a même conservé sa contractilité.

L'œil gauche offre tout d'abord, et vu surtout par côté, une légère saillie de la cornée transparente, sans tache, ni ulcération. Cette saillie cornéale est due à la distension de la chambre antérieure, non-seulement par l'humeur aqueuse, mais encore par le prolapsus de l'iris mobile, tremblotant, sans déformation pupil-

laire, sans décollement et sans adhérence ou symétrie soit antérieure, soit postérieure. Cette propulsion de l'iris en avant est, de toute évidence, produite elle-même par un déplacement du cristallin avec sa capsule séparée de ses attaches à la hyaloïde, mais sans présenter la moindre apparence de cataracte. La transparence du fond de l'œil paraît intacte, quoique l'on puisse présumer quelque altération, ou au moins un état de diffluence du corps vitré. La vue, d'ailleurs, est depuis longtemps abolie et la cécité à peu près complète. L'œil, enfin, serait amaurotique si la pupille n'avait conservé un peu de sa contractilité. Elle est surtout susceptible de se dilater davantage; mais en conservant sa forme régulièrement arrondie, elle se trouve plus rapprochée du bord supérieur que du bord inférieur de l'iris. La diplopie est habituelle.

Deux jours après avoir constaté cet état des yeux, une dilatation spontanée de la pupille gauche, survenue sans cause mécanique et sans effet artificiel, livre tout à coup passage au cristallin contenu dans sa capsule, et le rend parfaitement visible dans la chambre antérieure, où il conserve sa forme, sa mobilité, sa transparence enfin, sans aucune teinte d'opacité. Une zone brillante due au reflet de la lumière semble l'entourer, et, malgré son contact avec la cornée, il ne détermine ni douleur, ni aucun phénomène d'inflammation; mais il agit mécaniquement sur l'iris qu'il refoule en arrière. Cette singulière disposition subsiste pendant quelques jours sans aucun changement.

Le 22 juin, la dilatation de la pupille à l'aide de l'extrait de belladone détermine le retrait immédiat du cristallin en arrière de l'iris, véritable luxation plus facile à réduire qu'à maintenir réduite, car elle se reproduit bientôt d'elle-même, malgré quelques essais insuffisants pour la contenir. Réduite de nouveau et reproduite ainsi à plusieurs reprises, cette luxation existe avec les caractères qui viennent d'être indiqués, telle que je l'ai montrée hier à l'Académie de médecine, telle que je la présente aujourd'hui à la Société de chirurgie, non-seulement pour faire voir un cas singulier de luxation du cristallin réductible sans accidents et persistante sans opacité, mais pour savoir de mes honorables collègues ce qu'il convient de faire en pareil cas.

La plupart des auteurs, ajoute M. Larrey, qui ont décrit ou indiqué la luxation du cristallin la rapportent à la cataracte et surtout

à la cataracte traumatique; tandis qu'aucun fait, à ma connaissance, ne démontre une aussi longue durée de ce déplacement sans rupture de la capsule, sans inflammation et surtout sans opacité. La complication d'amaurose semble autoriser, du reste, l'expectation jusqu'à ce que des accidents nécessitent une opération chirurgicale, et la plus rationnelle alors serait sans doute l'extraction du cristallin par le procédé le plus propre à prévenir l'issue totale des humeurs diffluentes de l'œil.

M. Lenoir. Le fait de M. Larrey est intéressant, car il démontre le passage d'un cristallin déchatonné non affecté de cataracte et passé dans la chambre antérieure. Il n'est pas rare de voir le cristallin cataracté se déplacer et tomber dans la chambre postérieure, et même dans l'antérieure; on en a vu qui passaient ainsi d'une chambre à l'autre. Quant à l'opération qui pourrait être appliquée au malade de M. Larrey, j'écarterais tout de suite l'extraction du cristallin, à cause du ramollissement du corps vitré dont le *tremulus iridis* est un signe probable. Peut-être me déciderais-je à tenter la réduction, comme Demours a eu occasion de le faire; pour cela, je dilaterais la pupille, et celle-ci, convenablement dilatée, je pratiquerais la réduction, et j'appliquerais immédiatement des compresses d'eau vinaigrée afin de ramener l'iris à son état normal. Si cette réduction était impossible, je déchirerais la capsule et j'amènerais le broiement du cristallin.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il y a déjà une légère opacité au centre du cristallin; il serait, suivant lui, important de chercher à constater si les trois lumières que forment l'œil à l'état normal se voient encore dans les conditions nouvelles où se trouve le cristallin.

### Diastasis de la colonne vertébrale sans déplacement du corps des vertèbres.

M. Desonvilliers met sous les yeux de la Société une pièce anatomique intéressante recueillie sur un malade de son service, mort à l'hôpital Saint-Louis à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Parmi les altérations que l'on constatait, il en est une qui a particulièrement fixé son attention; c'est un cas de diastasis avec écartement des sixième et septième vertèbres cervicales, mais sans déplacement de celles-ci. Cet état pathologique avait été admis dans le *Com-*

*pendium de chirurgie* sur la foi de Bell, mais avec une certaine réserve.

Voici, d'ailleurs, en quoi consiste l'altération :

Le disque intervertébral compris entre la sixième et la septième vertèbres cervicales se trouve détaché dans sa partie moyenne du corps de la sixième vertèbre, tandis que les parties latérales restent adhérentes par sa partie inférieure et moyenne ; il adhère à la face supérieure de la septième vertèbre, mais les parties latérales se trouvent complétement détachées du corps de la septième vertèbre, qui, dans ce point, paraît lisse et polie.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 23 *juillet* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

#### Présentation des malades.

M. Chassaignac présente à la Société trois malades dont deux doivent être opérés dans quelques jours. Le premier est un jeune homme de vingt-deux ans, qui porte à l'œil droit une tumeur considérable formée par cette variété de staphylome connue en ophthalmologie sous le nom de staphylome total et sphérique de l'iris et de la cornée. La tumeur est constituée non-seulement par le développement de la cornée qui écarte fortement les paupières, mais encore comprend une partie de la sclérotique, car la zone blanchâtre que constitue cette membrane à la circonférence de la tumeur est interrompue dans la partie déclive par quelques bosselures de couleur bleuâtre, qui sont évidemment de même nature que celles dont l'ensemble représente aujourd'hui la cornée. Ce malade doit être traité par l'ablation de la partie staphylomateuse.

Le second malade porte sur l'épaule gauche une tumeur du volume d'une pomme, sur laquelle on constate l'existence de la fluctuation. Elle a ceci de particulier que, quand on déprime avec le doigt le centre de la tumeur, on se sent presque aussitôt arrêté comme par une résistance solide. Ce n'est pas celle que l'on observe quand, après avoir déprimé à son centre une tumeur liquide,

on arrive jusqu'à l'adossement des parois. Il semble donc qu'il y ait une couche liquide peu épaisse à la surface d'une tumeur en grande partie solide. Il n'y a point de transparence. C'est un cas de diagnostic assez difficile sur lequel avant d'opérer M. Chassaignac demande l'avis de ses collègues. La tumeur existe depuis dix mois; elle n'est le siége d'aucune douleur; il n'y a pas de changement de couleur à la peau.

Le troisième malade est un homme de quarante-quatre ans, qui, ayant été mordu par un cheval, a été traîné l'espace de dix à douze pas sans qu'il fût possible de faire lâcher prise à l'animal. Toutes les chairs de la partie antérieure, de la partie externe et de la partie interne ont été contuses et comme broyées. L'humérus n'a pas été brisé, mais la dénudation de l'os a eu lieu dans l'étendue d'un pouce à la partie latérale externe.

A la suite de cette lésion, on a remarqué un affaiblissement considérable du pouls à la radiale. De plus, il est resté sur le trajet de la brachiale, à sa partie inférieure, une tumeur non pulsatile.

Les battements de l'artère humérale existent très nettement dans la moitié supérieure du bras, ainsi qu'à la région axillaire. Dans la moitié inférieure, ils sont tellement obscurs que M. Chassaignac avait cru à l'oblitération de l'artère et à l'entretien par les collatérales des battements affaiblis de la radiale. Mais MM. Lenoir et Maisonneuve ayant perçu quelques pulsations dans le point où l'on disait l'artère oblitérée, ce malade devra être présenté de nouveau pour éclaircir le point en litige.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

MM. Payan (d'Aix) et Vial (de Saint-Etienne), membres correspondants de la Société, adressent des remercîments pour le titre qui leur a été accordé.

### Reprise de la discussion sur la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes.

M. Debout, lorsqu'il présenta à la Société, il y a deux ans, le malade qu'il avait guéri à l'aide de la galvano-puncture, se basant d'ailleurs sur les faits connus, crut pouvoir présenter comme conclusion de son travail que dans le traitement des anévrismes trau-

matiques la galvano-puncture constituait une méthode de traitement préférable à la ligature. La conclusion opposée formulée par M. Boinet force M. Debout a examiner de nouveau la question.

M. Debout fait observer tout d'abord que les faits nouveaux qui se sont produits depuis cette époque ne sont pas venus atténuer son jugement sur la galvano-puncture, car les observations publiées signalent toutes des guérisons. Il se demande alors si M. Boinet ne s'est pas montré trop sévère en fait de succès, et il en trouve la preuve lorsqu'il voit le rapporteur ranger parmi les résultats négatifs l'observation IIe du mémoire de M. Pétrequin. Elle est relative à un abbé, âgé de cinquante-deux ans, affecté d'un anévrisme du pli du coude. Sous l'influence de la galvano-puncture pratiquée le 11 août, la tumeur devient dure, tendue, les pulsations cessent, etc. Aucun accident ne survient jusqu'au 26 août, époque de la sortie du malade, et tout annonce, dit en terminant M. Pétrequin, une guérison aussi complète que prochaine. M. Boinet a d'autant plus tort de ranger ce fait parmi les insuccès, que, d'après une lettre de M. Pétrequin, le temps n'est pas venu démentir le pronostic de notre confrère.

Le seul cas d'insuccès que M. Debout puisse admettre parmi les huit observations rassemblées par M. Boinet est celui de M. Vial, encore demande-t-il quelques restrictions; car la tumeur, qui présentait le volume d'un œuf de pigeon sous l'influence de la galvano-puncture, a subi un retrait tel, qu'à l'autopsie du malade elle ne présentait plus que les dimensions d'une amande. Or rien ne vient prouver que, si le malade n'eût pas succombé aussi promptement à la phthisie dont il était atteint, ce mouvement de retrait n'eût pas continué et fini par oblitérer complétement le sac anévrismal.

En présence d'un seul succès incomplet, M. Debout se croit en droit de maintenir sa proposition première, que la galvano-puncture est une méthode de traitement présentant de moins graves dangers pour les malades dans les cas d'anévrisme traumatique.

Pour les faits d'anévrisme poplité, en examinant les observations rassemblées par M. Boinet, M. Debout élimine d'abord le cas de M. Gérard et celui de M. Velpeau, puisque ce sont des faits dans lesquels l'acupuncture a pris une part bien plus grande que l'électricité, et il trouve trois guérisons sur six tentatives de galvano-puncture. Or en comparant ce résultat avec celui fourni par

la ligature de l'artère fémorale, on voit que l'avantage reste encore à la nouvelle méthode. M. Debout n'en conclut pas, cependant, que l'on doive débuter par la galvano-puncture dans ces cas; il pense, au contraire, qu'un chirurgien jaloux de faire courir à son malade le moins de chances défavorables possibles fera appel de préférence à la compression. Notre confrère se base sur les faits nombreux publiés en Angleterre.

Quant aux observations d'anévrismes des gros troncs artériels, bien que presque toutes soient des faits d'insuccès, M. Debout trouve dans plusieurs d'entre elles, celles de MM. Bossé et Courtelli, entre autres, qui sont des tentatives de coagulation dans des dilatations anévrismales de l'aorte thoracique, la preuve de l'innocuité de l'action de l'électricité lorsqu'elle est sagement conduite. Cependant l'étude des lois de la physique en vertu desquelles les phénomènes se produisent, celle des actes pathologiques qui ont pour résultat la guérison des tumeurs anévrismales, n'ont pas encore été assez étudiées pour qu'on puisse faire appel à la galvano-puncture avec quelque certitude de succès dans des cas aussi graves. M. Debout poursuit les expériences qu'il a entreprises à cet égard, et espère pouvoir bientôt lire à la Société un travail complet sur ce sujet.

M. Boinet. Dans l'avant-dernière séance, M. Giraldès nous a dit que l'idée de l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes avait été réclamée par M. Benjamin Philipps, qui aurait publié un travail sur ce sujet en 1832. Mais il nous semble que c'est en 1831 que M. Pravaz a émis cette idée; s'il en était ainsi, la réclamation de M. Philipps ne serait pas fondée. M. Giraldès a aussi rappelé deux exemples d'anévrismes traités par la galvano-puncture: l'un de l'artère sous-clavière, par M. Philipps; l'autre de la carotide, par M. Kente. Nous aurions su gré à notre confrère de nous dire où ces deux cas ont été publiés, si la galvano-puncture a développé ou non des accidents et quel résultat on a obtenu. Nous regrettons aussi que M. Giraldès ait fait la note qu'il a communiquée à la Société avant d'avoir entendu la fin de la lecture de notre rapport; il aurait vu que nous y avons consigné tous les faits et toutes les réflexions qu'il croyait probablement ne pas y trouver, et il se fût épargné le regret qu'il a éprouvé de ne pas trouver les faits et les observations des chirurgiens italiens que

nous avons indiqués d'une manière complète, et nous croyons, quoi qu'il en dise, n'en avoir omis aucun.

Notre collègue aurait voulu aussi nous voir établir une comparaison entre la ligature et la galvano-puncture. Ce travail, en effet, serait très important s'il était faisable ; mais aujourd'hui il nous paraît encore impossible. Pour qu'il fût utile et qu'on pût en tirer des conclusions vraiment pratiques, il faudrait d'abord un plus grand nombre de faits ; il faudrait que ces faits fussent mieux étudiés, que les règles suivant lesquelles la galvano-puncture doit être appliquée fussent mieux tracées, plus précises ; il faudrait que les opérateurs eussent agi avec moins d'incertitude, etc. Pour le moment, nous n'avions qu'à réunir tous les faits publiés jusqu'à ce jour, qu'à les examiner, les juger, les apprécier en eux-mêmes, voir les résultats qui ont été obtenus et toutes les circonstances qui les ont accompagnés... et de cet examen, il est résulté, pour nous, que nous ne pouvions pas encore conclure sur l'avenir de la galvano-puncture ; aussi avons-nous dit que cette question n'était pas encore éclairée suffisamment, que la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour étaient de nature à laisser les chirurgiens dans le doute et l'incertitude, qu'il fallait des faits mieux étudiés pour se prononcer définitivement, et qu'au point où en était cette question, bien des chirurgiens préféreraient encore la ligature ou la compression. Nous n'avons donc pas formulé de conclusion définitive, comme le dit notre honorable confrère, qui a critiqué notre rapport sans le connaître dans son entier.

M. Debout trouve que nous avons jugé cette méthode avec trop de sévérité, et dit qu'il a trouvé un bien plus grand nombre de succès que nous, que nous avons compté parmi les insuccès des cas qui sont des succès évidents ; il s'appuie de l'autorité de M. Amussat, qui, sur 18 observations de tumeurs anévrismales traitées par la galvano-puncture, aurait trouvé 11 succès et 7 insuccès, tandis que sur 32 observations nous n'aurions pas trouvé 11 succès ; il cite plusieurs faits qu'il regarde comme des guérisons, entre autres l'observation de M. Vidal, tandis que nous les regardons ou comme des insuccès, ou comme des cas douteux de guérison. Cette différence entre M. Debout et nous vient de notre manière différente d'interpréter les faits ; ainsi, nous lui dirons d'abord que, parmi les faits cités par M. Amussat, nous trouvons

deux insuccès : le fait de M. Guérineau, qui probablement n'était pas un anévrisme, et l'un de ceux de M. Bossé, l'observation d'anévrisme de l'aorte ascendante ; que, quant à celui de M. Laugier, il nous paraît faire double emploi avec celui de M. Debout, et que, parmi les autres, il en est plusieurs dont le succès nous paraît douteux, comme celui d'anévrisme poplité de Ciniselli. D'ailleurs, pour montrer à la Société si nous avons eu tort de considérer comme insuccès ce que M. Debout met au nombre des succès, nous prendrons pour exemple le fait qu'il a cité, celui de M. Vial.

Au bout de deux mois qu'il avait été opéré, le malade vint à mourir, et l'on trouva à l'autopsie que le sac anévrismal, rempli d'une bouillie ou hachis, *communiquant toujours avec l'artère qui est perméable.* Or, cette communication de l'artère avec l'anévrisme n'est-elle pas la meilleure preuve que la maladie n'était pas guérie, et qu'elle se serait probablement reproduite ? Enfin, doit-on attribuer à la galvano-puncture toute seule, et qui n'a produit aucun résultat sensible pendant plus d'un mois, les résultats qui ont été obtenus au bout de cent-vingt-deux jours ? La compression qui a été faite sur l'artère brachiale à plusieurs reprises et d'une manière permanente, les applications de compresses froides n'ont-elles pas contribué, pour leur part, à la coagulation du sang dans la poche anévrismale ? Il résulte donc du fait lui-même et de toutes les circonstances qui l'ont accompagné, et que nous ne pouvons rappeler ici, qu'il ne peut être considéré comme une preuve évidente de la guérison d'un anévrisme par la galvano-puncture. Il en est ainsi de plusieurs autres que M. Debout range au nombre des succès, et qui sont, pour nous, des insuccès ; alors il n'est pas étonnant que notre confrère trouve 16 ou 17 succès là où nous n'en trouvons que 10 ou 11.

M. Debout insiste pour que nous établissions une distinction entre l'opérateur et la méthode, et ne veut pas que nous mettions sur le compte de l'un ce qui appartient à l'autre. Ainsi, dit-il, les cas de MM. Gerard et Velpeau ne prouvent rien contre la méthode, et ne doivent pas être rangés parmi les insuccès, pas plus que le cas de M. Pétrequin, où le malade se refuse obstinément à une dernière séance de galvano-puncture. Il est vrai que dans le cas de M. Velpeau des aiguilles a acupuncture ont été laissées pendant plusieurs jours dans la tumeur anévrismale, et que leur présence a

déterminé des accidents; mais il n'en est pas moins vrai que le galvanisme, qui avait été mis en usage, n'avait produit aucun phénomène de coagulation du sang. Quant au malade de M. Pétrequin, qui avait tellement souffert d'une première séance qu'il ne voulut pas en souffrir une seconde, ne doit-on pas en conclure que dans ce cas encore la galvano-puncture a été sans succès, quoiqu'elle n'ait été employée que pendant une seule séance. Quant à d'autres cas, considérés par MM. Debout et Amussat comme des succès réels, nous avons sur plusieurs émis un doute, parce que ces guérisons, qu'on pouvait à la rigueur regarder comme réelles au moment où les malades ont quitté l'hôpital ou le chirurgien, dans un cas, six jours après l'opération, dans d'autres, sept jours, dix jours, etc., il eût été nécessaire de les revoir longtemps après, pour savoir si ces guérisons ont été permanentes; car le doute qui semble exister aujourd'hui dans l'esprit des chirurgiens vient de ce que ces guérisons ont été publiées trop prématurément. Ce qui encore doit inspirer du doute sur ces succès, c'est que plusieurs sont dus probablement à la compression permanente ou longtemps continuée qui a été faite, à l'application du froid, à l'inflammation du sac et de l'artère, inflammation développée sous l'influence de la galvano-puncture ou de la compression. Et comme il est impossible de dire la part que chacune de ces méthodes a eue dans la guérison, il serait peu logique d'en faire l'honneur à la galvano-puncture seule.

M. Debout a encore appelé votre attention sur un autre point, c'est de savoir si cette méthode ne serait pas plus avantageuse pour les anévrismes traumatiques que pour les anévrismes spontanés; c'est en effet ce qui semble ressortir des observations que nous avons réunies dans notre rapport; mais cet avantage pour les anévrismes traumatiques ne viendrait-il pas de ce que ceux-ci siégeaient sur des artères d'un calibre moins volumineux, et de ce que les artères humérale, radiale et cubitale sont moins considérables que l'artère crurale ou poplitée. En résumé, nous n'avons pas rejeté la galvano-puncture du traitement des anévrismes; seulement, nous avons dit qu'il fallait, pour les juger avec connaissance de cause, des faits mieux étudiés et plus nombreux.

— A cinq heures, comité secret.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 30 juillet* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. Larrey offre à la Société une thèse de M. O. Lecomte, chirurgien militaire, *sur les ectopies congéniales du testicule.* M. Gosselin, l'un des examinateurs de cette thèse, est prié d'en rendre compte dans un rapport verbal.

**Communication.**

M. le docteur Rigal (de Gaillac) présente à la Société un malade récemment opéré par lui d'un kyste développé dans l'épaisseur de la joue droite. La tumeur, située au-dessous de l'os de la pommette, en avant du muscle zygomatique et en dehors du sillon naso-labial, formait une saillie désagréable, grossissait assez rapidement et avait contracté des adhérences vers sa partie inférieure avec la peau. Son volume égale la grosseur d'une noisette. Le sujet, âgé de vingt-cinq ans et sténographe du conseil d'Etat, fut amené au docteur Rigal par son fils, dont il est l'ami intime.

Le 25 juillet (vendredi), à une heure de relevée, il fut procédé à l'opération de la manière suivante, en présence et avec l'aide de MM. le docteur Batut, Ribeil, Rigal et de Massias, élèves en médecine :

La tumeur fut comprise entre deux incisions elliptiques circonscrites l'une dans l'autre et suivant la direction du sillon naso-labial. Le lambeau de peau sacrifié a la forme d'un croissant mesuré par 4 centimètres d'une extrémité à l'autre et par 1 centimètre dans sa plus grande largeur.

Le kyste stéatomateux est enlevé par une dissection rapide et la plaie est réunie par quatre points de suture élastique. Une compresse imbibée d'eau fraîche et souvent renouvelée est le seul pansement mis en usage.

Le samedi soir, vingt-six heures après l'opération, l'épingle inférieure est enlevée.

Le dimanche matin, quarante-cinq heures après la coaptation, on retire les trois dernières épingles. Les applications d'eau froide sont continuées pendant une journée encore. La cicatrice était dès lors parfaitement solide.

A ce moment, sixième jour, il ne reste pour ainsi dire pas trace de la déperdition de substance. Les bords sont soudés épiderme à épiderme et dans la profondeur des parties. Le tact ne fait découvrir aucun engorgement sous-cutané. La ligne de réunion et les points d'entrée et de sortie des épingles se dessinent par une teinte légèrement bistre, qui ne tardera pas à disparaître.

Le docteur Rigal ajoute :

La Société de chirurgie connaît depuis longtemps ma suture élastique. Plusieurs de ses membres auxquels je l'avais communiquée s'empressèrent de m'en assurer la priorité d'invention dans la séance du 5 septembre 1849. Chaque point exige :

1° Une épingle plus ou moins longue, plus ou moins flexible ;

2° Une bandelette découpée dans une feuille de caoutchouc vulcanisé. Sa largeur varie de 4 à 6, 8 ou 10 millimètres et même davantage. Les moins épaisses sont les meilleures (1).

Passez l'épingle à travers la bandelette à 6 ou 8 millimètres de son extrémité ;

Plongez l'épingle dans une des lèvres de la plaie ; faites la ressortir à égale distance de la ligne de réunion sur la lèvre opposée ; tirez sur la lanière élastique ; appuyez celle-ci sur la pointe de l'épingle, qui la traverse une seconde fois : la suture est achevée.

Pour conduire l'épingle avec facilité, avec la certitude de la faire passer là où son action doit être plus utile, il *faut la tenir avec une pince à disséquer* ou un porte-aiguille à anneau, pénétrer à la profondeur convenable, reprendre l'épingle dans la plaie et la guider dans l'épaisseur du bord opposé à celui qu'on traversa d'abord.

Les points d'immersion et d'émersion de la broche métallique

---

(1) Les feuilles de caoutchouc dont je me sers viennent de chez M. Perroncel, rue Saint-Martin, n° 228. L'habileté de ce fabricant égale la complaisance avec laquelle il a mis à ma disposition toutes les ressources de ses ateliers. Je suis heureux de lui témoigner ici ma gratitude. (*Note du docteur Rigal.*)

doivent être à une distance assez grande du bord épidermique de la plaie : *près d'un centimètre.*

Si l'épingle était roide, inflexible, cette manière de procéder laisserait en avant une solution de continuité béante.... un V saignant.

Les épingles flexibles permettent, au contraire, de coapter la solution de continuité dans sa profondeur et épiderme à épiderme. Il suffit pour cela de jeter une anse de fil derrière leur extrémité au-dessous du bout de bandelette qui se trouve retenu par la tête de l'épingle. Tandis qu'à l'aide de l'anse un aide maintient les chairs rapprochées, le chirurgien presse sur la partie, courbe et façonne l'épingle, modèle en quelque sorte la surface réunie; puis, quand l'artiste est satisfait de son œuvre, il tire sur la bandelette élastique et fixe les choses comme il a jugé nécessaire de les disposer.

Chaque point se trouve alors formé par un arc métallique parfois d'une ténuité extrême, et par une corde rétractile. Celle-ci est un véritable ressort que le chirurgien trempe, en quelque sorte, juste au degré voulu.

La suture élastique a l'avantage d'affronter sans violence, de céder et de revenir sur elle-même selon le degré de turgescence des parties rapprochées et les phases diverses de l'inflammation traumatique. Elle comprime doucement et maintient à niveau les bords rapprochés. On peut multiplier les points sans inconvénient. On peut encore disposer par paires des *épingles jumelles*, c'est-à-dire réunies par une bandelette assez large pour couvrir l'espace qui les sépare.

L'épingle à insecte offre d'immenses ressources. Si la courbure qu'on lui imprime fait craindre que la bandelette en caoutchouc ne vienne à glisser, il suffit de couder brusquement les deux extrémités ou de les enrouler avec la pince à disséquer. On coupe un des anneaux au moment d'enlever le point.

Dans tous les autres cas, il faut rogner l'épingle du côté de la tête, et conserver la pointe, qu'on laisse saillir de 6 à 8 millimètres. La bandelette en caoutchouc doit être laissée assez longue du même côté.

Les choses ainsi disposées, il est facile de jeter une anse de fil entre l'épingle et la peau, de *déboucler* le point, de le serrer ou de le lâcher, selon l'exigence des cas, ressource précieuse, surtout dans le bec de-lièvre.

Pour éviter les stigmates toujours fâcheux du visage, il m'arrive souvent, dit le docteur Rigal, d'enlever les premiers points et d'en passer de nouveaux. Les sœurs de l'hôpital de Gaillac appellent cela *poser des épingles de sûreté.*

Le docteur Rigal montre à la Société divers dessins qui témoignent de l'efficacité de la suture élastique dans des opérations fort graves, telles que la chéiloplastie, des lipomes volumineux, etc.

Son but actuel a été de montrer par un exemple ce qu'il entend, avec l'école de son illustre maître Delpech, par *une réunion immédiate.*

Exilé, dit-il, loin de la pratique par ses occupations parlementaires, il profite d'une circonstance que le hasard vient de lui fournir pour préciser quelques détails d'un procédé consacré déjà dans la pratique des hôpitaux, et qui a reçu, principalement de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, un véritable baptême chirurgical.

(*Voir*, sur la suture élastique, Charles Laudre, thèse inaugurale, 13 mai 1851, sous le titre : *De la réunion immédiate et de ses avantages*, page 29, 30 et *passim.*)

A la suite de cette communication, M. Rigal soumet à la Société une observation intéressante d'affection nerveuse rebelle à tout traitement, et se demande avec le malade, auteur de l'observation, si la chirurgie ne doit point intervenir. (Une commission composée de MM. Michon, Denonvilliers et Huguier est chargée de faire un rapport.

**Présentation de pièces.**

M. Maisonneuve présente à la Société toute une portion latérale du maxillaire inférieur affecté de cancer, récemment enlevée sur une malade de son service, et dont nous donnons l'observation.

Le 8 juillet 1851, entre à l'hôpital Cochin Soliveau (Augustine), âgée de seize ans.

Cette jeune fille, non encore réglée, a toujours été très bien portante, lorsqu'il y a six mois environ les dents molaires de la mâchoire inférieure du côté gauche commencèrent à s'ébranler. En même temps, à l'angle de la mâchoire du même côté, survint une tuméfaction d'abord peu considérable, mais qui, augmentant rapidement, eut bientôt envahi tout le corps de la mâchoire jusqu'au

niveau des incisives près de la ligne médiane. Cette tuméfaction ne s'accompagna que de très peu de phénomènes : quelques douleurs lancinantes de loin en loin, un peu de gêne dans la mastication et la déglutition. L'état général est excellent, et n'a jamais été troublé.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que cette malade nous présente :

Tuméfaction énorme de la joue gauche, occupant surtout la région de la mâchoire inférieure depuis l'articulation temporo-maxillaire jusque près de la symphyse. Lorsqu'on vient à examiner cette tumeur, on voit de suite qu'elle est formée aux dépens du maxillaire inférieur, que les parties molles qui la recouvrent ne participent en rien à l'altération de l'os. Ainsi la peau a conservé sa couleur normale, sa mobilité ; toutefois quelques veines se dessinent à sa surface, mais encore sont-elles peu nombreuses et peu volumineuses.

Le maxillaire inférieur présente depuis la moitié de sa branche ascendante jusqu'au niveau de la deuxième incisive, un gonflement énorme occupant à la fois et sa face interne et sa face externe. Cette tuméfaction est inégale ; elle s'est faite par bosselures, dures, résistantes, sans élasticité, ne faisant entendre à la pression aucun bruit parcheminé. Une ponction exploratrice, faite quelques jours après l'entrée de la malade, a permis à l'aiguille de traverser de part en part le corps de l'os, au niveau de la première fausse molaire.

Les dents sont mobiles, leur direction est changée ; la dernière molaire est repoussée en dedans, les autres sont un peu déviées en dehors ; elles ne correspondent plus à celles de la mâchoire supérieure.

La muqueuse qui recouvre cette tumeur est d'un rouge violet, fortement injectée ; on voit à sa surface des veines assez volumineuses ; près du collet des dents, elle est ulcérée, fongueuse, saigne très facilement. Les ulcérations sont grisâtres et assez étendues, près des fosses molaires, surtout près de la dernière.

La tuméfaction ne s'étend, avons-nous dit, que jusqu'au niveau de la seconde molaire. Toutefois les dents, jusqu'à la première fausse molaire du côté droit, sont mobiles, quoique l'os dans toute cette étendue ne soit pas gonflé d'une manière bien évidente ; la

muqueuse qui le recouvre est fortement injectée et offre de nombreuses veinules très apparentes qui ont déjà pris un certain développement.

Le malade n'éprouve que très peu de douleur dans la tumeur, quelques élancements de temps à autre; la mastication ne peut se faire de ce côté; la respiration n'est nullement entravée; la voix est devenue nasillarde. Cela s'explique facilement, l'amygdale ainsi que les deux piliers du voile du palais du côté gauche sont repoussés en arrière et en dedans; la base de la langue l'est également un peu. Du reste, cet organe a conservé sa sensibilité et sa motilité dans sa moitié correspondante.

Osteosarcome, tel est le diagnostic.

La désarticulation de cette moitié du maxillaire est résolue.

L'opération est pratiquée le 17 juillet.

1° Une première incision est faite depuis le milieu de la lèvre inférieure jusqu'au niveau de l'os hyoïde;

2° De l'angle inférieur de cette incision on en pratique une autre qui, longeant le bord postérieur de l'os, vient se terminer au niveau du conduit auditif, passant au-devant du lobule et de l'anthragus de l'oreille.

3° Le lambeau est relevé de bas en haut et disséqué, afin d'isoler la face externe de la tumeur; une énorme quantité de sang vient entraver un instant cette dissection et la rendre pénible; quelques artères, la maxillaire, entre autres, sont liées. Cette dissection faite, l'apophyse coronoïde est dégagée, le tendon du temporal est coupé.

4° L'os maxillaire est scié au niveau de la deuxième incisive du côté droit au moyen d'une scie à chaînette; cette résection faite, on isole la face interne de la tumeur en relevant l'os.

5° Cette nouvelle dissection achevée, on luxe le condyle, la capsule vient faire saillie en avant; on l'incise, et avec un bistouri boutonné on rase la face interne du condyle afin de l'isoler complétement: de cette manière, on évite la maxillaire interne.

Quelques ligatures sont faites, le sang ne tarde pas à s'arrêter.

On procède au pansement. Quelques points de suture simple réunissent la muqueuse de la face postérieure de la langue avec celle de la joue, puis la peau est réunie dans toute son étendue par une suture entortillée.

La malade est reportée dans son lit.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération, la malade a beaucoup de fièvre (120), du délire surtout la nuit ; elle est très agitée ; elle se plaint sans cesse, veut toujours boire, reporte son mal à la gorge. Cet état dure jusqu'au samedi ; la fièvre est bien moins forte, la malade moins agitée.

Dimanche 20, la réunion de la plaie est complète ; on ôte en partie les aiguilles. Le lundi, toutes sont enlevées. On peut examiner facilement la malade. La joue est revenue à son état normal ; pas d'inflammation, pas de tuméfaction. Le nerf facial a été conservé en partie. L'œil peut se fermer presque entièrement ; toutefois, il existe un peu d'exophthalmie. La commissure est un peu déviée ; celle du côté sain est portée en haut.

La malade va très bien ; toutefois, il y a quelques jours (3 août), au niveau de l'angle, il est survenu un petit abcès qui s'est fait jour par la plaie qui s'est ouverte dans ce point. Du reste, l'état de la malade est très bon.

*Examen microscopique.* — Une coupe pratiquée sur la tumeur donne au grattage un suc blanc, laiteux, visqueux. Dans les cavités kystiques se voit un liquide filant comme de la synovie, coloré en rouge par du sang mélangé. Ces deux liquides sont examinés à un grossissement de 500 diamètres.

Le liquide des kystes renferme une grande quantité de cellules cancéreuses de volume variable, mais très bien caractérisées par le noyau granuleux et deux ou quatre nucléoles. On voit également un certain nombre de globules sanguins. Le liquide ne renferme qu'un très petit nombre de granules et une très minime quantité de graisse.

Le liquide recueilli dans les masses qui infiltrent le périoste renferme bon nombre de cellules cancéreuses ; mais on y rencontre beaucoup plus de noyaux cancéreux, comme cela se voit, du reste, dans les cancers à développement très rapide. Point de graisse.

Les aiguilles périostales présentent tous les caractères du tissu osseux parfait. Structure lamelleuse et corpuscules très distincts.

— M. Lenoir met sous les yeux de la Société deux tumeurs du sein de la nature de celles qui ont été décrites sous le nom de *tumeurs mammaires chroniques* par les Anglais, de *tumeurs adénoïdes* par M. Velpeau, et probablement de *corps fibreux de la mamelle* par M. Cruveilhier. Ces tumeurs qui, en clinique, se re-

connaissent à ce qu'elles affectent des femmes, en général, jeunes, à ce qu'elles ne sont accompagnées de douleurs qu'aux époques menstruelles, à ce qu'enfin elles sont dures et mobiles au sein de l'organe qui les recèle, offrent, en effet, au premier aspect, l'apparence de corps fibreux n'adhérant à la glande que par un tissu cellulaire lâche et filamenteux, qui forme autour d'eux une sorte de loge kystique dans laquelle ils se meuvent facilement. Leur coupe est blanchâtre et offre des divisions lobulées. Elles renferment peu de vaisseaux sanguins.

Ces tumeurs, examinées au microscope, sont incontestablement formées par un des lobes de la glande mammaire hypertrophiée. On y reconnaît, en effet, les grains caractéristiques de cette glande et les vaisseaux galactophores qui partent de ceux-ci.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 6 août* 1851.

### Présidence de M. Guersant.

#### Présentation de malades.

M. Chassaignac présente à la Société un malade qu'il a opéré pour la troisième fois, il y a quinze jours, pour une tumeur fibro-plastique située à la partie antérieure et supérieure gauche de la poitrine, à la surface du grand pectoral. Malgré les deux récidives qui ont eu lieu, l'une au bout d'une année, la seconde au bout de six mois, la santé générale n'a été nullement troublée, et cet homme présente les apparences d'une bonne et vigoureuse constitution. Aucune tumeur ne s'est produite sur aucune autre partie du corps. C'est le propre du tissu fibro-plastique, quand il récidive, de se reproduire sur place et de ne pas se généraliser dans l'organisme, comme le fait l'affection cancéreuse. Les trois tumeurs enlevées successivement à la même place, la première il y a dix-huit mois, la seconde il y a six mois, la troisième il y a quinze jours, ont été de la part de M. Lebert l'objet d'une analyse microscopique attentive. Il n'y a constaté rien autre chose que l'élément fibro-plastique, mais sous une forme que l'on pourrait qualifier d'état nais-

sant; car les tumeurs, dont la première, du volume du poing, offrait l'enkystement le plus parfait, étaient constituées par une masse comme gélatiniforme évidemment parcourue de vaisseaux, mais ressemblant à une substance amorphe et qui, avant les études microscopiques, eût été certainement prise pour de la matière colloïde.

— M. Moxon présente un malade sur lequel il a pratiqué une injection iodée dans le genou gauche pour obtenir la guérison d'une hydarthrose chronique; cette injection a parfaitement réussi; le malade est guéri.

**Correspondance.**

1° La Société a reçu un mémoire de M. Chassaignac sur les hémorrhagies dans les cavités muqueuses;

2° Un mémoire manuscrit de M. Denonvilliers sur le traitement des anus contre nature.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce procès-verbal, M. Forget s'exprime de la manière suivante :

En examinant la pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Maisonneuve dans la dernière séance comme un exemple de cancer de la mâchoire, j'ai été frappé de sa ressemblance avec plusieurs pièces anatomiques qui m'ont servi à décrire en 1842 diverses espèces de kystes osseux développés aux dépens de l'os maxillaire.

Ces kystes, quelle que soit d'ailleurs la nature du produit qu'ils renferment, ont un caractère commun ; celui d'être constitués par la dilatation de l'os, dont le tissu compacte se trouve de la sorte aminci. Il résulte de cette disposition une cavité osseuse, c'est le kyste, terme générique qui ne préjuge en rien de la nature de la maladie, qu'un examen plus approfondi mettra en lumière, permettant alors de classer la tumeur dans l'ordre de produits pathologiques auquel elle appartient réellement.

L'anatomie m'a démontré que des substances fort variées sont contenues dans ces kystes.

1° On y trouve de la matière purulente dans laquelle baignent des détritus de parties molles ramollies, fongoïdes; cette forme de kyste me semble correspondre à la maladie décrite par Astley

Cooper sous le nom d'exostose médullaire fongueuse. C'est une variété d'ostéite centrale avec ramollissement, ulcération et fongosité du tissu des gencives. Rien ne ressemble plus au cancer que cette forme de tumeur que j'ai décrite sous le nom de kystes à produits mixtes, qui peut cependant exister sans rien offrir de carcinomateux. Je crois que la pièce de M. Maisonneuve, si je l'ai bien vue, peut trouver sa place dans cette catégorie.

2° Du pus seul peut exister dans la cavité kystique; on en voit un exemple dans le mémoire de Bordenave inséré aux *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

3° Les kystes contiennent encore des produits solides. Ce sont des tumeurs fibro-cartilagineuses qui acquièrent souvent un volume considérable, impriment alors à la diaphyse de l'os une dilatation énorme; le tissu osseux compacte se prête merveilleusement au développement de ces tumeurs; il s'use, se perfore, le plus souvent se parchemine; mais il ne participe pas à la lésion primitive; il la circonscrit, il l'enkyste, *voilà tout.*

Ces tumeurs fibreuses, lorsque les dents ont été arrachées ou qu'elles ont été renversées sous la pression qu'elles déterminent, ne tardent pas à faire éruption dans la bouche, où elles sont plus ou moins flottantes, portées sur un véritable pédicule largement adhérent au fond de la cavité osseuse.

Ces tumeurs affectent avec le nerf maxillaire des rapports variés, suivant que la paroi supérieure du canal qui le renferme est ou non détruite : de là vient que ces tumeurs, souvent indolores, sont quelquefois le siége d'élancements fort douloureux.

La variété de kyste que j'ai en vue répond à l'état morbide décrit par Ast. Cooper sous le nom d'exostose médullaire cartilagineuse, dénomination impropre, suivant moi, car le mot exostose donne de suite l'idée d'une hypertrophie du tissu compacte de l'os, de la prédominance de l'élément terreux de celui-ci; tandis que dans l'espèce ce tissu compacte est aminci, raréfié et le plus souvent parcheminé si la maladie est ancienne.

4° Une quatrième variété de kystes, dont j'ai donné un exemple curieux dans le travail que j'ai rappelé en commençant, est le kyste multiloculaire. Il est composé par une infinité de loges qui semblent être les aréoles du tissu spongieux de l'os singulièrement dilatées et dans lesquelles la membrane médullaire hypertrophiée a

sécrété une humeur visqueuse ou séreuse, rougeâtre, et aussi analogue à du suc de raisin.

En rappelant ces formes si distinctes de kystes que j'ai observés dans l'os maxillaire inférieur, j'ai voulu, je le répète, démontrer combien la dénomination de kystes était préférable à toute autre qui exposait à donner une idée fausse de la maladie et à faire sacrifier une portion considérable de la mâchoire, même à désarticuler un côté de celle-ci dans des cas où on eût pu conserver l'os en partie si on ne s'était pas placé tout d'abord sous l'influence totale de ce mot : *Cancer de l'os.*

Ce dernier état morbide, au surplus, ajoute M. Forget, a un caractère qui le différencie clairement des lésions organiques que je viens d'énumérer : c'est que, presque au début de la maladie, le tissu compacte de l'os lui-même est altéré, transformé; c'est même cette transformation qui a servi à caractériser l'altération dont il s'agit en lui méritant le nom d'ostéosarcome; or, comme on a pu le voir, c'est une disposition inverse qui s'observe dans les kystes proprement dits.

Quant à l'étiologie de ces kystes, on l'a souvent placée dans l'inflammation entretenue par les dents altérées. Mais il y a un mécanisme fort curieux par lequel une dent peut être le point de départ des désordres les plus profonds au centre de l'os. La Société en aura la preuve dans la pièce que je mets sous ses yeux. Cette pièce est la moitié de la mâchoire inférieure amputée, il y a dix ans, par Lisfranc; on avait diagnostiqué l'existence d'un cancer. L'examen de la tumeur me démontra l'existence d'un kyste purulent tapissé d'une fausse membrane fongueuse au centre de l'os. On voit encore sur cette pièce une dent, qui est la dent de sagesse, à demi enchatonnée dans la base de l'apophyse coronoïde, et qui, au lieu de pousser verticalement, s'est développée d'arrière en avant dans l'axe même de la diaphyse de l'os, de façon à comprimer, à refouler les dents voisines et à entretenir une irritation permanente, comme l'ont prouvé les douleurs dentaires pendant longtemps perçues par la malade.

J'appelle spécialement l'attention, dit M. Forget en terminant, sur la disposition de cette dent et sur l'influence qu'elle a dû exercer sur le développement de la maladie. C'est là une disposition qui n'avait point encore été signalée.

M. Maisonneuve. Je ferai observer à M. Forget que la pièce que j'ai présentée dans la dernière séance n'a aucune ressemblance avec les kystes de l'os maxillaire inférieur qu'il a décrit dans sa thèse, et dont il vient de nous donner le résumé. L'os maxillaire que j'ai enlevé était volumineux, c'est vrai; mais ce volume ne tenait point à l'écartement de ses fibres par le développement du produit quelconque qui aurait apparu au centre de l'os, et qui les eût refoulées. On ne sentait pas cette crépitation parcheminée que l'on rencontre habituellement dans ces sortes de kystes; il y avait au contraire un tissu limitrophe qui avait envahi une partie de l'os qui s'était développée dans la trame osseuse elle-même, et qui constituait un ostéo-sarcome très reconnaissable à l'œil nu, et dans lequel au microscope on découvrait la cellule cancéreuse.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du* 13 *août* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

#### Présentation de malades.

M. Denonvilliers présente deux malades. Le premier est affecté de ganglions sous-cutanés douloureux; ces petites tumeurs sont au nombre de quatre, parmi lesquelles s'en trouve une grosse comme un pois. Ces ganglions sont mobiles, excepté un qui paraît adhérent à l'aponévrose et aux muscles. Il y en a un à la cuisse qui est fort douloureux. Les autres sont placés sur l'avant-bras gauche. Le deuxième malade est un jeune homme de dix-neuf à vingt ans, dont la partie interne du bras droit a été prise dans un engrenage, qui a déchiré la peau de cette région en lanière. Les os paraissaient intacts ou du moins, s'ils étaient fracturés, il n'existait point de déplacement. La couche superficielle des muscles était déchirée; M. Denonvilliers, espérant que la couche profonde avait été ménagée, essaya de conserver le membre malade, et pour cela il le soumit pendant quarante-huit jours à une irrigation continue, qu'il cessa au moment où l'atonie commençait à s'observer. Le jeune homme a parfaitement guéri et commence à exécuter quelques

mouvements, qui sont dus sans doute à l'intégrité des muscles fléchisseurs profonds, ainsi que l'avait espéré M. Denonvilliers.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

MM. Lebert et Lenoir demandent un congé pour motif de santé.

— M. Debrou, membre correspondant de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, communique le fait suivant :

### Prolongation du sommeil anesthésique jusqu'à menace de mort chez un opéré soumis au chloroforme.

J'adresse à la Société de chirurgie, en la priant de l'accueillir avec sa bienveillance ordinaire, la relation d'un fait que l'on peut ranger parmi ceux où l'action du chloroforme a été suivie d'accidents. Bien que la mort ne soit pas survenue, je regarde cette histoire comme étant utile à connaître, et même je pense que l'application du chloroforme gagnerait beaucoup à la connaissance de faits pareils. On a courageusement publié des cas où l'emploi des anesthésiques a été suivi de mort; mais on néglige trop de mentionner ceux (et ils doivent être assez nombreux) où l'emploi de ce moyen, sans être fatal, est sorti de la règle ordinaire d'innocuité, ou même a exposé le malade au danger imminent de la mort.

Dans les premiers jours de juillet dernier, je pratiquai l'opération de la hernie étranglée chez un homme de soixante ans, d'une constitution faible et d'une santé assez délicate. La hernie, qui était inguinale, datant de douze à quinze ans, avait été toujours assez mal contenue par un bandage, et, quoiqu'elle se fût à plusieurs reprises engouée ou étranglée, on était parvenu à la réduire sans opération. Cette fois, M. le docteur Payen, médecin ordinaire du malade, essaya inutilement le taxis. Lorsque je fus appelé en consultation, bien que l'étranglement ne datât que de trente-six heures, les symptômes les plus fâcheux existaient déjà. Les vomissements étaient stercoraux, le ventre était douloureux et ballonné, le pouls était extrêmement faible et filiforme; le visage profondément altéré, la peau de tout le corps froide et presque bleuâtre. Mes honorables confrères MM. Payen, d'Olier et moi fûmes d'avis qu'il fallait pratiquer l'opération sans le moindre retard.

Je me demandai et je demandai à l'un de mes confrères s'il était

convenable de soumettre le malade au chloroforme. J'avoue que je n'en avais pas envie, à cause de l'état général très grave que j'ai signalé plus haut. Nous nous y décidâmes cependant. Je me servis d'une petite éponge chargée de 8 à 10 grammes de chloroforme et que je plaçai moi-même sous le nez. J'eus le soin en commençant d'engager le malade à respirer à son aise, et j'approchai et j'éloignai l'éponge à plusieurs reprises avant de la maintenir fixe. Enfin, je n'embrassai pas l'ouverture des narines d'une manière tout à fait complète, et je laissai les lèvres libres, en les écartant même. C'est toujours de cette manière que j'emploie le chloroforme, ainsi que M. le docteur Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et dans le nombre très grand de cas où nous y avons eu recours nous n'avons eu qu'à nous louer de notre manière de procéder.

Le malade fut plongé rapidement dans le sommeil, et, au bout d'un temps qui n'a pas été rigoureusement compté, mais qui ne dépassa pas quatre minutes, il fut complétement insensible sans avoir passé par la période d'agitation, ni donné aucun signe de torpeur ou d'asphyxie. Alors je confiai le soin de maintenir l'éponge à une personne qui nous assistait, et je fis l'incision de la peau au-devant de la tumeur. Cette incision faite, *je fis retirer l'éponge*, qui en tout était restée à peu près cinq minutes. Le malade était d'une insensibilité complète.

L'opération entière dura environ dix ou douze minutes (le temps ne fut pas compté et je le donne ici d'une manière approximative). La recherche et l'ouverture du sac me prirent plusieurs minutes; *il était extrêmement mince*, malgré l'ancienneté de la hernie, ce qui prouve que la pelotte du bandage ne le comprimait presque jamais; de plus, il ne contenait pas une goutte de liquide. Une anse d'intestin grêle y était renfermée, ainsi qu'une portion d'épiploon, un peu adhérente en arrière. Je débridai en haut sur la sonde cannelée. Après avoir attiré l'anse herniée, qui était brune et d'une teinte très foncée, pour reconnaître l'état de l'intestin au niveau du point étranglé, trouvant les parties saines, je me mis en mesure de le faire rentrer.

Pendant que j'y procédais, le malade *poussa un grognement, s'agita* et fit ressortir une plus grande partie d'intestin. Je fis signe de placer de nouveau sous les narines l'éponge, qui ne reçut pas

de nouvelle dose de chloroforme. La réduction se fit alors en une demi-minute environ. L'éponge fut maintenue pendant ce temps et après retirée. L'opération était finie. Il ne s'était pas écoulé une cuillerée de sang. De la sérosité rougeâtre s'échappa du ventre par la plaie. Je nettoyai et j'essuyai celle-ci, et attendis un peu avant de procéder au pansement.

Le malade ne revint pas immédiatement à lui. Son visage était altéré sans doute, comme avant l'opération, mais pas davantage, et il était plus calme. La respiration se faisait lentement et doucement. Cet état ne m'effraya pas, car qui de nous n'est pas familier avec une légère prolongation du sommeil anesthésique? Cependant, après quelques instants qui peuvent être évalués à trois ou quatre minutes, voyant qu'il restait toujours endormi, je tâtai son pouls, que je ne pus trouver, tant il était insaisissable. La respiration était lente et douce. Je secouai le tronc, je pinçai les membres, je parlai hautement, je fis ouvrir les fenêtres et jetai de l'eau au visage. Tout cela fut inutile. Le corps était froid. Après quatre ou cinq minutes d'une nouvelle attente, la peur nous prit un peu. La respiration s'apercevait. Les pupilles étaient contractées; les paupières, si on les élevait, retombaient complétement en paraissant se fermer. Nous frottâmes les membres et renouvelâmes les aspersions d'eau froide. Le pouls était toujours insaisissable. Les mouvements respiratoires devinrent plus lents, plus séparés et plus longs, avec quelques légers mouvements des lèvres et des mâchoires, comme dans un faible bâillement. Les pupilles étaient devenues larges et immobiles, malgré la vive clarté de la fenêtre; les paupières élevées ne retombaient plus.

La frayeur nous saisit, et alors trois médecins que nous étions, émus et profondément affligés, nous employâmes tous nos efforts, l'un à frotter les membres avec une brosse rude, un autre à secouer les bras, les épaules et les flancs, suivant une sorte de rhythme, et le troisième à insuffler de l'air dans la bouche. Je fais grâce de tous les détails, et de notre angoisse, du désespoir de la famille, qui passa subitement de la joie résultant d'une opération achevée à la plus grande douleur, douleur mêlée de plaintes contre nous. Cet état dura environ une demi-heure ou au moins vingt-cinq minutes. Il nous parut pendant ces vingt-cinq mortelles minutes que les battements du cœur avaient cessé et que tout souffle

respiratoire avait cessé aussi. Aucun de nous n'eut assez de liberté d'esprit pour ausculter le cœur attentivement et compter ses battements; nous étions trop émus pour cela, et d'ailleurs tous nos efforts et tout notre temps étaient employés à frotter les membres, à secouer les bras, à presser la poitrine et le ventre alternativement, à souffler dans la bouche. — On nous demanda s'il fallait aller chercher un prêtre. Je répondis : Oui ; et j'avoue que je crus que mon opéré était mort.

La vie revint cependant, et le premier signe de son retour fut une légère contraction des muscles surciliers, puis un mouvement des paupières, puis quelques mouvements très hauts et très longs du thorax. Le malade ouvrit les yeux, nous reconnut faiblement. On put retrouver son pouls, et enfin la vie reprit possession de ce corps qu'elle semblait avoir quitté. Le malade resta très faible et toujours assez froid pendant le reste du jour; mais tout motif d'inquiétude avait disparu.

Quant aux suites de l'opération, elles furent heureuses. Le lendemain matin, le visage et le pouls du malade étaient beaucoup meilleurs qu'avant l'opération. Une petite portion d'épiploon adhérente au sac, que j'avais été obligée de laisser dans la plaie, retarda l'occlusion de celle-ci. Mais la guérison marcha assez rapidement, et était complète le vingt-cinquième jour.

Une partie du chloroforme que j'avais employé chez ce malade fut examinée avec soin, et je m'assurai qu'il était pur, sans mélange de substance étrangère.

Il pesait une fois et demie plus que l'eau distillée.

Traité par le chromate acide de potasse, il ne donna point de coloration verte.

En l'ajoutant à un mélange fait à parties égales d'eau et d'acide sulfurique, il tomba au fond de l'éprouvette.

Mêlé à une solution de nitrate d'argent, il ne donna point de précipité.

Mêlé à de l'eau albumineuse, il ne précipita point davantage.

Il ne prit point feu avec une allumette enflammée.

Il n'avait point déterminé d'excoriations sur le nez et les narines.

### Discussion.

M. Huguier. Il faut, autant que possible, se dispenser de revenir

deux ou trois fois de suite à l'administration du chloroforme, de manière à faire persister l'anéantissement de la sensibilité. C'est principalement quand on a procédé de la sorte que les accidents sont arrivés, ce que confirme l'observation que vient de nous lire M. Gosselin. Dans deux cas où j'ai vu la perte de la sensibilité se prolonger d'une manière inquiétante, les malades avaient été soumis à deux reprises à l'action de l'agent anesthésique.

Dans l'opération de la hernie étranglée, je pense qu'il faut se dispenser de chloroformiser les malades :

1° Parce que cette opération n'est pas très douloureuse, le plus souvent ;

2° Parce que les malades recouvrent leur sensibilité avant la terminaison de l'opération, et qu'alors ils s'agitent et se livrent à des mouvements irréguliers automatiques, et peuvent être la source d'accidents graves ;

3° Parce que les malades, privés de la raison, ne facilitent pas l'action des instruments ni la manœuvre de la réduction. En général, je ne chloroformise, dans ces cas, que lorsque les malades l'exigent.

M. Lebert. Quand il s'est occupé de déterminer l'action de l'éther et du chloroforme sur les animaux, il a constaté que les animaux sur lesquels l'action du chloroforme avait été poussée très loin, étaient promptement réveillés en portant dans la gorge une petite éponge imbibée d'ammoniaque.

M. Demarquay. Le fait observé par M. Debrou est intéressant à plus d'un titre; mais il est un point sur lequel je veux appeler l'attention de la Société, c'est la réfrigération qui est survenue chez l'opéré soumis à l'action du chloroforme. J'ai démontré dans ma thèse que l'éther et le chloroforme abaissaient d'une manière notable la température animale; depuis j'ai fait, avec Dumont fils, des expériences confirmatives des premières; mais de plus, nous avons constaté que le refroidissement amené par les agents anesthésiques était plus rapide chez les animaux débilités par la saignée ou la privation de nourriture. M. Buisson, dans son livre très remarquable sur l'anesthésie, a confirmé nos expériences, et il a constaté que chez l'homme la température s'abaissait sous l'influence des agents anesthésiques ; c'est là un fait dont il faut tenir compte quand on donne du chloroforme ou de l'éther à des in-

dividus dont les fonctions vitales sont affaiblies ou profondément troublées.

M. Gosselin combat l'application du chloroforme chez les individus sur lesquels on a constaté une faiblesse du pouls; en cela il est en tout point d'accord avec M. Buisson, qui, lui aussi, rejette l'emploi du chloroforme dans ces circonstances. Il pense que l'anesthésie doit être appliquée avec réserve à l'opération de la hernie; le malade se trouve alors dans des conditions particulières qui peuvent conduire à des accidents. C'est ainsi que M. Robert a eu à déplorer la perte d'un malade dans une circonstance de ce genre. M. Fano a aussi publié une observation de mort par le chloroforme administré pour remédier aux accidents causés par une hernie étranglée.

M. Gosselin se demande si, dans ces circonstances où la débilité des individus est grande, l'action du chloroforme sur le cœur n'est pas trop rapide et trop intense, et si ce n'est pas là la cause des accidents mortels qui sont survenus. Cette opinion est celle qu'il a fait connaître dans un travail spécial qu'il a publié sur ce sujet.

M. Robert. Le malade auquel j'ai administré le chloroforme pour pratiquer l'opération de la hernie étranglée, et qui a succombé quelques heures après l'opération, n'était point dans des conditions analogues à celles du malade de M. Debrou; bien loin de là, c'était un Hercule; seulement il résistait à l'action du chloroforme; sa période d'excitation a été longue; il a fallu prolonger l'action des anesthésiques avant d'arriver à la période de résolution. Enfin, l'opération a été faite, la hernie réduite, le malade a récouvré ses sens, il a parlé, et lorsque je quittai l'hôpital Beaujon le malade était bien; il causait même avec ses voisins. Ce ne fut que trois heures après qu'il succomba.

En général, dit M. Robert, je ne crois pas qu'il faille continuer l'action du chloroforme chez les individus sur lesquels il provoque une vive excitation.

M. Chassaignac ne voit pas que dans l'observation de M. Debrou on ait fidèlement observé l'état du pouls. Pour lui, c'est là qu'il puise les indications de continuer ou de cesser l'action du chloroforme. Pour ce qui est des modifications imprimées à la température par l'action des anesthésiques, fait sur lequel notre collègue M. Demarquay a appelé l'attention, j'ai eu occasion de vérifier le

fait; j'ai même vu dans une circonstance un frisson assez intense survenir à la suite de l'action de ces agents, frisson que je ne pouvais rapporter qu'à l'action du chloroforme.

M. Monod croit que le chirurgien, contrairement à l'opinion de M. Huguier, peut revenir plusieurs fois au chloroforme et prolonger l'anesthésie lentement; il faut que, dans cette circonstance, il tienne grand compte du pouls. Quant à l'application du chloroforme aux malades qui doivent subir l'opération de la hernie, M. Monod s'en montre tout à fait partisan; c'est, suivant lui, le moyen de soustraire les malades à la douleur, de pratiquer, dans quelques cas, cette opération en temps opportun, sans qu'ils aient connaissance de l'opération que l'on doit leur pratiquer. Il conseille en outre la titillation de la luette comme moyen de faire sortir les malades du sommeil anesthésique.

M. Michon veut, comme M. Monod, la conservation de l'anesthésie dans le cas de hernie étranglée, d'autant plus que dans certaines circonstances l'anesthésie a permis au chirurgien de réduire des hernies qu'il se proposait d'opérer. Cela est arrivé trois fois à M. Michon. Seulement, il est des cas dans lesquels il faut s'abstenir d'administrer le chloroforme, c'est lorsque les malades soumis à l'étranglement sont en proie à de grands troubles du système nerveux; que la circulation elle-même est profondément troublée, que les malades présentent une teinte cyanosée, qu'en un mot la vie se trouve profondément atteinte dès le début de l'étranglement, avant même que la gangrène de l'intestin se soit produite. Dans deux circonstances de ce genre il n'a pas voulu avoir recours à l'action du chloroforme.

M. Morel conseille, dans le cas où le chloroforme n'est point applicable, d'avoir recours à l'anesthésie par la réfrigération, faite avec un mélange de glace et de sel marin. De cette façon on fait disparaître la sensibilité en conservant l'intégrité des tissus.

**Tumeur fibro-plastique du jarret. — Opération. — Guérison temporaire. — Récidive sur place ainsi que dans l'aine, le bassin, les plèvres et le poumon.**

M. Larrey communique, sous ce titre, une observation que son aide de clinique, M. Lecomte, a résumée dans l'extrait suivant:

Dumes, gendarme mobile, âgé de trente-neuf ans, d'une bonne

constitution, a servi fort longtemps en Afrique, où il n'a eu pour toute maladie qu'une légère affection vénérienne, traitée et bien guérie. Il n'y a point de maladie cancéreuse dans sa famille.

Vers la fin de l'année 1846, ce militaire remarqua pour la première fois une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, mobile, indolente, siégeant, d'après les indications qu'ils nous fournit, vers la tête du péroné, derrière le tendon du biceps. Aucune cause déterminante, telle que coup, chute ou violence extérieure, n'est signalée par le malade. Stationnaire pendant plus de dix-huit mois, cette tumeur prend subitement un accroissement rapide en 1850; et Dumes consulte un médecin qui prescrit des frictions iodurées et une compression méthodique à l'aide de bandelettes agglutinatives. L'inefficacité de ces moyens et le développement progressif du mal engagent ce militaire à entrer au Val-de-Grâce, où il est placé dans le service du chirurgien en chef, M. Larrey, salle 28, n° 26.

Le 5 novembre 1850, une exploration attentive fait constater ce qui suit :

Il existe au membre inférieur gauche une tumeur excédant de beaucoup le volume du poing d'un adulte, elle remplit toute l'excavation poplitée. Sa forme, irrégulièrement arrondie, présente quelques bosselures où on perçoit une sorte de dépressibilité, une fausse fluctuation. Dans le reste de son étendue la tumeur est dure, élastique, rénitente, comme un kyste à parois fibreuses. On n'y sent ni frémissement, ni pulsations.

L'extension du membre fait saillir la tumeur. Dans la flexion de la jambe, qui ne peut être que douloureusement et difficilement portée au delà de l'angle droit, on reconnaît que la tumeur est mobile. On peut la circonscrire avec la main, l'isoler, la soulever des parties profondes, la mouvoir en différents sens, de manière à constater son indépendance complète, l'absence de toute connexion avec l'articulation du genou, les vaisseaux et les nerfs du creux poplité, si ce n'est peut-être avec le sciatique poplité externe plus superficiel, et situé dans le sens du plus grand développement de la tumeur.

Point d'œdème de la jambe gauche; elle présente quelques nodosités variqueuses, mais qui existent aussi sur le membre droit.

Point d'engorgement des ganglions cruraux. Douleur nulle;

mais seulement sensation de tiraillement vers le tendon d'Achille.

M. Larrey porte dès l'arrivée du malade le diagnostic suivant : tumeur fibro-plastique renfermant peut-être quelques noyaux squirrheux et encéphaloïdes. M. Bégin, MM. Lustreman, Monnier, M. Josse (d'Amiens) virent le malade. Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce convoqua successivement MM. les professeurs Roux, Velpeau, Laugier, Cloquet. Ces messieurs, à l'exception de M. Cloquet, furent unanimes à considérer la tumeur comme maligne ou cancéreuse, et à conseiller l'amputation de la cuisse.

M. Cloquet, seul dissident, ne croyant pas la tumeur franchement cancéreuse, inclinait vers l'extirpation.

M. Larrey, espérant pouvoir énucléer la tumeur, et se résignant difficilement à la triste nécessité de sacrifier la cuisse, se décide à tenter l'extirpation de la tumeur, l'amputation du membre étant réservée comme ressource ultime, si quelque grave complication surgissait pendant l'opération.

Cette opération est pratiquée le 20 février, en présence de MM. Lustreman, Monnier, Tholozan, Edme (du Val-de-Grâce), et de M. Josse (d'Amiens).

Une incision cruciale donne quatre lambeaux, qui sont disséqués ; la tumeur attaquée par sa partie supérieure est promptement énucléée. Adhérente au péroné, elle est tordue sur son pédicule et arrachée. Un bouton de feu est appliqué en ce point. Effusion de sang modérée ; ligature de quatre artérioles. Réunion de la plaie par sept à huit points de suture entrecoupée.

Le nerf sciatique poplité externe, embrassé par la tumeur et confondu dans sa masse, a dû être réséqué. L'opération a duré à peine quatre minutes. Le malade a été chloroformisé. L'anesthésie a été complète.

La tumeur, après son ablation, se présente sous la forme d'un ovoïde offrant quelques mamelons à sa surface. Elle mesure 34 centimètres dans sa grande circonférence, et 26 à 27 dans sa petite. Son poids est de 425 grammes.

Une enveloppe mince, résistante de tissu cellulo-vasculaire condensé la revêt extérieurement.

Sur une section longitudinale de cette tumeur, on voit que la couche superficielle est constituée par un tissu mou, jaunâtre, rosé, avec des stries sanguinolentes et quelques petits foyers d'ex-

travasion sanguine. Le centre, le noyau en quelque sorte de la tumeur est constitué par une trame cellulo-fibreuse traversée par quelques cloisons fibro-cartilagineuses, denses, criant sous le scalpel. Par la pression ou en raclant avec la lame d'un bistouri, on obtient un suc limpide, séreux, légèrement jaunâtre, qui ne ressemble pas au suc lactescent du cancer.

M. Lebert a l'obligeance d'examiner ce suc au microscope et n'y découvre que les éléments du tissu fibro-plastique, et notamment des corps fusiformes en grande abondance, sans trace de cellule cancéreuse.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, nous notons seulement une hémorrhagie légère et une réaction assez vive avec tendance marquée à l'assoupissement.

Le 22 février, l'appareil est levé.

Le 24, la suppuration commence à s'établir. Cette suppuration est d'abord grisâtre, fétide; les lambeaux sont flasques, pendants sans vitalité. L'un d'eux tombe en gangrène.

De plus, le pus séreux et de mauvaise nature tend à fuser vers la racine de la cuisse, entre les muscles de la couche postérieure. On cherche à prévenir cette fâcheuse complication par la position déclive du membre et la compression méthodique de la cuisse.

Le 27, l'état local est toujours très peu satisfaisant; la suppuration est de mauvaise nature; le fond de la plaie laisse voir à nu les muscles grisâtres.

L'état général laisse beaucoup à désirer. Le malade est démoralisé. Quelques symptômes se manifestent du côté de la poitrine, douleur pongitive du côté gauche, dans l'épaule correspondante, avec toux, oppression.

Cet état dure jusqu'au 4 mars. A cette époque, amélioration très notable par les soins excessifs dont le malade est l'objet. La suppuration est mieux liée, blanchâtre; elle se concentre vers le jarret; et la plaie commence à bourgeonner.

Du 4 mars au 1er avril, l'état local est fort bon; la cicatrisation est presque complète.

La toux, l'expectoration de quelques crachats rouillés et visqueux, l'oppression, gênent encore un peu le malade.

Dans les premiers jours d'avril, les ganglions de l'aine se tumé-

fient. En même temps un noyau de nouvelle formation apparaît sur la cicatrice.

Trois autres nouveaux mamelons se montrent successivement et prennent bientôt un accroissement rapide.

Malgré cette récidive, le malade a repris un embonpoint très notable.

Pendant plus de deux mois, l'état local s'aggravant, l'état général est néanmoins peu modifié; mais, vers la fin de juillet, des symptômes se déclarent du côté de la poitrine : toux, expectoration visqueuse, dyspnée, oppression, hémoptysie.

En même temps amaigrissement rapide, teint jaunâtre.

Mort le 9 août.

*Autopsie.* — Masse énorme de tissu fibro-plastique envahissant toute l'excavation poplitée; autour d'elle existent plusieurs petites tumeurs, dont quelques-unes sont ramollies.

Dégénérescence des ganglions inguino-cruraux, comprimant les vaisseaux et les nerfs.

Dégénérescence des ganglions lombaires.

Mais la lésion la plus remarquable existe du côté de la poitrine.

On constate un épanchement double et très considérable de sérosité sanguinolente, et, de plus, un grand nombre de petites tumeurs du volume d'une noix ou même d'un œuf, les unes arrondies exactement, les autres légèrement aplaties.

De ces tumeurs, quelques-unes sont situées sur la plèvre pulmonaire, d'où il est facile de les détacher, et recouvertes d'une couche fibrineuse assez épaisse.

Mais le plus grand nombre se trouve dans le tissu du poumon, sous la forme de petites masses arrondies, faciles à énucléer, quoique pour la plupart non enkystées.

Le tissu pulmonaire est sain partout et crépitant.

Les productions morbides sont constituées par un tissu blanc-jaunâtre ou légèrement rosé, assez consistant, présentant quelques points d'injection ou même d'extravasion sanguine.

Quelques-unes sont ramollies et converties en une pulpe rougeâtre homogène, ou mélangée de caillots sanguins.

M. Lebert a eu, cette fois encore, l'obligeance de faire l'examen microscopique du tissu morbide, pris au jarret, dans les ganglions

ou dans les poumons. Il n'a pu constater que du tissu fibro-plastique, mais pas d'élément cancéreux proprement dit.

M. Lebert. Il est incontestable que la tumeur enlevée par M. Larrey était de nature fibro-plastique, et que les autres produits morbides trouvés à l'autopsie étaient de même nature, quoique les caractères fussent moins tranchés. Ce fait est, en effet, le troisième où le tissu fibro-plastique s'est généralisé et a infecté l'économie. Toutefois, ce fait m'a beaucoup impressionné; et cependant, si on songe que depuis cinq ans que j'étudie avec grand soin toutes les tumeurs de ce genre qu'il m'a été donné d'observer et dont le nombre s'élève au moins à 100, ces trois faits d'infection générale sont les seuls que je connaisse; de ce que les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent et que, dans certaines circonstances, elles sont de nature maligne, il ne serait pas sage cependant de considérer la malignité comme étant la base de classification la plus logique des tumeurs. Il faut, en effet, distinguer avec soin les tumeurs fibro-plastiques du cancer; elles n'ont avec ce dernier aucun rapport de structure; tout au plus pourrait-on les rapprocher du cancroïde, qui se reproduit sur place et peut infecter les ganglions voisins, mais jamais l'économie d'une manière générale. Les tumeurs fibro-plastiques ne sont pas les seules tumeurs qui, sans être cancéreuses, se reproduisent; le tubercule, la mélanose simple peuvent se reproduire, et cependant ce ne sont point des tumeurs cancéreuses. Il faut donc, pour établir une classification nosologique des tumeurs, autre chose que la malignité. Quant aux tumeurs fibro-plastiques elles-mêmes, il faudra de toute nécessité établir des espèces; en effet, beaucoup de produits morbides rentrent dans cette classe d'altérations. Ainsi, la kéloïde, un certain nombre de tumeurs sous-cutanées, quelques tumeurs appartenant à la classe des tumeurs dites ostéosarcomes, sont formées de tissu fibro-plastique. Il est des tumeurs osseuses, comme celle que nous a montrée M. Maisonneuve, où la nature est douteuse; le micrographe hésite: c'est que le microscope, ainsi que je l'ai déjà dit, a ses limites.

M. Demarquay. Le fait que vient de nous communiquer M. Larrey est des plus intéressants, car il est complet; ici nous voyons non-seulement le tissu fibro-plastique se reproduire sur place, mais encore envahir les ganglions voisins et infecter toute l'économie. Il

y a huit jours, M. Chassaignac nous a montré un malade où deux récidives sur place se sont produites en dix-huit mois. Ces faits, rapprochés d'autres analogues observés à la Charité, dans le service de M. Velpeau, et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, sur lesquels M. Lebert, avec une loyauté qui l'honore, a appelé l'attention de la Société; ces faits, dis-je, ne font-ils pas évanouir les espérances que les beaux travaux microscopiques de M. Lebert avaient fait naître? Ainsi le chirurgien, après l'examen d'une tumeur, lorsque le tissu fibro-plastique est reconnu, ne peut rassurer complétement une famille; il se trouve en présence d'un produit qui non-seulement peut repulluler sur place, mais encore envahir l'économie tout entière. En présence de ce fait, ne peut-on pas se demander si le tissu fibro-plastique n'est point une variété du cancer? Toutefois, les travaux de M. Lebert n'en sont pas moins intéressants; ses recherches sur l'anatomie pathologique du cancer restent avec tout leur intérêt histologique; seulement le côté pratique en ce qui touche les tumeurs fibro-plastiques est moins positif que les premiers travaux de M. Lebert ne nous l'avaient fait espérer.

M. Lebert. Pour terminer, je dois dire deux mots sur une objection faite à mon argumentation par mon honorable confrère, mon ami depuis longtemps, par M. Demarquay. Il a dit que les illusions que les chirurgiens s'étaient faites sur l'utilité du microscope tombaient par cela même que des tumeurs épidermiques ou fibro-plastiques, que l'on avait crues un moment bénignes, pouvaient récidiver sur place et, dans quelques cas, se généraliser. Je dirai, avant tout, que la marche que j'ai suivie dans ces études, pour lesquelles je manquais complétement d'antécédents solides dans la littérature médicale, était simplement d'étudier d'abord comparativement la structure des produits morbides, et de déterminer ensuite leur valeur clinique d'après l'observation de leur marche et des symptômes. Il fallait tout naturellement modifier mes opinions à mesure que des faits nouveaux venaient m'éclairer davantage; je ne comprendrais même pas autrement le développement d'une question scientifique qui n'est soulevée que depuis bien peu d'années. Mais il faut éviter, en cas pareil, de renverser et de renier ses opinions antérieures lorsque de nouveaux faits ne font que les épurer et les perfectionner. Une abnégation trop timorée

aurait alors de plus graves inconvénients encore qu'une obstination trop exclusive envers et contre l'observation. Le rôle du microscope n'est, du reste, ni d'exciter, ni de dissiper des illusions. Instrument de précision, il doit indiquer ce que nos sens perfectionnés par lui nous font constater rigoureusement ; mais pour le microscope, comme pour toute étude purement physique, il y a quelque chose qui est bien au-dessus du témoignage des sens : c'est l'appréciation impartiale de tous les caractères, tant anatomiques que chimiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques, d'une affection morbide, pour arriver ainsi par la méthode naturelle à des doctrines à la fois solides par l'observation et philosophiques par l'induction logique. Ainsi, ceux qui ont lu attentivement mes travaux ne refuseront-ils pas de reconnaître que je ne me suis jamais donné comme le représentant incarné du microscope en pathologie ; bien au contraire, je n'ai cessé d'insister sur le fait que le microscope n'était qu'un bon et loyal serviteur pour celui qui savait s'en servir, mais un maître exclusif et inintelligent s'il voulait s'arroger ce droit bien au-dessus de sa compétence. Mon véritable but a toujours été de ne pas confondre le produit morbide avec la pathogénie, l'élément anatomique avec la physiologie pathologique.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 20 *août* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

#### Présentation des malades.

M. Chassaignac présente deux malades : l'un, sur lequel il a pratiqué, il y a cinq semaines, la taille bilatérale par le procédé de Dupuytren ; le second, chez lequel a été appliqué, pour une plaie de la cuisse, un mode de suture qui consiste à n'intéresser que les couches profondes du derme, sans comprendre toute l'épaisseur de ce dernier dans les moyens de suture.

Voici ce dernier fait :

Un jeune homme de vingt-deux ans reçoit à la cuisse droite un coup de couteau qui fait une plaie transversale d'à peu près 9 centimètres de longueur, et qui comprend toute l'épaisseur de la peau,

l'aponévrose et le tissu cellulaire lui-même. Voici le mode de suture employé dans ce cas : avec une aiguille droite portant un fil assez long, on a successivement parcouru toute la longueur de la plaie au moyen d'une faufilure alterne comprenant, à la partie profonde de la peau, les couches intérieures du derme. Le fil une fois passé dans toute la longueur de la plaie, il a suffi de tirer en sens contraire ses deux extrémités pour adosser parfaitement les lèvres de la plaie. Afin de maintenir cet état de tension du fil, il a été noué autour du membre protégé sous le trajet du fil par une bandelette circulaire. Puis cette première réunion a été protégée par une cuirasse de sparadrap.

Vingt-quatre heures après l'application de la suture, le fil coupé aux deux extrémités de la plaie a été retiré avec précaution au moyen d'une traction très douce exercée parallèlement à la direction de la blessure. Au huitième jour, le pansement au sparadrap, qui était resté en place, a été levé, et on a trouvé la plaie parfaitement cicatrisée.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

## Correspondance.

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à la Société de chirurgie de la troisième édition de son *Traité de Pathologie chirurgicale*, et adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je viens vous prier de faire hommage à la Société de chirurgie de la troisième édition de mon livre de chirurgie. Ceux des membres qui pourront le parcourir verront tout ce que cet ouvrage doit à la Société que vous présidez. Ils approuveront peut-être l'addition, qui consiste en une anatomie des tissus et une anatomie des régions, précédant partout la chirurgie. »

M. Giraldès, de retour d'un voyage à Londres, fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

De la part du Conseil du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre, cinq volumes du *Descriptive catalogue of the pathological ;*

De la part de l'Association provinciale, le XVII^e volume (1851) des *Transactions of the provincial medical and surgical Association;*

De la part de la Société royale de médecine et chirurgie, du

XXXIII^e volume des *Transactions*, imprimé en 1851, et contenant l'analyse ou l'index de 33 volumes publiés.

RAPPORTS.

**Appareils ouatés.**

M. Larrey lit le rapport suivant :

La Société de chirurgie m'a chargé de lui faire un rapport verbal sur une brochure qui lui a été offerte par M. Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Gand. C'est un *Mémoire sur l'emploi des appareils ouatés.*

Voici d'abord l'analyse succincte de ce mémoire (1) :

M. Burggraeve rappelle, en commençant, que la ouate a été depuis longtemps usitée en chirurgie, dans les névralgies, les fluxions, les brûlures et dans d'autres maladies. Il a fondé les avantages des appareils ouatés sur le principe de la contention modérée, agissant à peu près comme les appareils inamovibles dans les fractures. « La compression, dit-il, ne saurait nuire, puisqu'elle est amortie par la ouate. »

L'honorable chirurgien belge en a fait aussi l'application, comme quelques-uns de ses compatriotes, à la plupart des affections traumatiques des membres, à quelques lésions articulaires, entorses, luxations, arthrites et tumeurs blanches, à des ulcères, à des contusions et à des engorgements phlegmoneux.

La construction d'un appareil ouaté est fort simple ; elle se compose de coton cardé appliqué autour du membre, d'attelles de carton mouillé recouvrant la ouate, et de bandes amidonnées enveloppant le tout. La dessiccation de ce bandage lui donne la consistance d'un appareil inamovible, et surtout de celui que M. Seutin appelle amovo-inamovible.

M. Burggraeve emploie, pour la fracture des membres, la ouate en feuille non gommée, du carton gris assez épais et perméable, des bandes de toile, de la colle d'amidon, et il assujettit les différentes pièces de l'appareil à l'aide de courroies en cuir ; il enlève enfin le bandage à l'époque voulue en le fendant avec de fortes

(1) M. Larrey en a déjà rendu compte à la Société médicale d'émulation.

cisailles dans toute sa longueur, et il peut le conserver pour le faire servir à d'autres cas de fracture.

Les faits cités par l'auteur du mémoire sont assez favorables à l'emploi des appareils ouatés et amidonnés pour qu'il leur accorde beaucoup d'avantages, tels que de se prêter à des applications multipliées, de prévenir l'inflammation traumatique et ses conséquences souvent graves, la constriction trop forte ou l'étranglement, la gangrène, ou tout au moins la gêne et la douleur, mais à condition nécessaire de faire un usage très prompt ou immédiat de ces appareils. C'est pourquoi il rejette les irrigations froides, en les considérant à tort, selon nous, comme un moyen incertain, dangereux ou superflu. Notre confrère pense, enfin, que les appareils ouatés favorisent une consolidation plus rapide des fractures en diminuant la saillie du cal ; en un mot, ou si je puis dire en trois mots, il leur attribue le triple mérite d'agir *tutò, citò et jucundè.*

M. Burggraeve indique toutefois les précautions à prendre pour obtenir de ces appareils d'heureux effets, à savoir : d'employer une couche de ouate assez épaisse pour empêcher la pression trop directe des attelles ; de disposer d'avance les pièces du bandage, et de donner au carton une mesure proportionnée en longueur et en largeur, sans le laisser toucher par ses bords, afin d'assurer une pression exacte sur tous les points du membre.

Il propose l'emploi des appareils ouatés principalement pour les hôpitaux militaires et les ambulances. Il suppose, avec raison, que l'on pourrait façonner d'avance des coques ouatées de diverses grandeurs pour les cas urgents ; on y trouverait, en définitive, économie de fourniture et d'emploi. C'est, du reste, ce que nous avons déjà fait au Val-de-Grâce, où M. Burggraeve nous a démontré l'application, d'ailleurs fort simple, de son appareil ouaté.

Après cet exposé sommaire du mémoire, il me serait permis d'en faire l'appréciation critique, en reprochant d'abord à son auteur d'avoir donné une importance exagérée à un moyen de contention déjà connu et usité depuis longtemps ; en lui reprochant ensuite d'avoir attribué à une modification secondaire des appareils inamovibles des avantages qui appartiennent (avec ou sans contestation) au principe lui-même de l'inamovibilité, en lui reprochant enfin d'avoir passé sous silence le nom de celui qui a institué ce

principe en France ; mais ce n'est pas à moi, messieurs, de le rappeler à vos souvenirs.

Il me semble plus convenable de recommander à votre attention le nouveau procédé de la méthode inamovible, aussi simple qu'avantageux, en vous priant, messieurs, pour conclusions de ce rapport :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. le professeur Burggraeve (de Gand) pour son intéressant mémoire sur les appareils ouatés ;

2° De déposer cet ouvrage dans la bibliothèque de la Société de chirurgie.

Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés sans discussion.

— M. Demarquay fait le rapport suivant :

M. Bitot, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux, vous a adressé un travail où il cherche à déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessite la gastrotomie. Avant d'aborder son sujet, il cherche à établir des catégories dans cette grande classe de maladie, connue sous le nom d'iléus. Il admet avec les auteurs un iléus par obstruction, un iléus par rétrécissement et un iléus par étranglement ; et, dans cette classe d'étranglement, il énumère toutes les causes qui peuvent y donner lieu, telles que bride, appendice anormal, orifice anormal ou normal ; enfin, l'étranglement peut tenir au déplacement de l'intestin, à une tumeur ou à un viscère qui se déplace et vient comprimer les parties.

Toutefois, notre jeune et distingué confrère n'admet la gastrotomie que dans le cas d'étranglement déterminé par une bride ou par un orifice anormal, rejetant la gastrotomie dans tous les autres cas d'obstacle au cours des matières. Je comprends cette réserve pour l'iléus tenant à l'accumulation des matières ou même à un état spasmodique de l'intestin, si toutefois il existe ; mais pourquoi cette réserve pour l'iléus tenant à un rétrécissement circonscrit de l'intestin, ou à un étranglement qui aurait son siége dans un enroulement de l'intestin, ou dans le passage de celui-ci à travers un orifice anormal, comme l'hiatus de Winslow, etc. ?

La réserve de M. Bitot tient sans doute à ce que notre confrère

de Bordeaux ne se propose dans la gastrotomie que de lever la cause physique qui s'oppose au libre passage des matières. Mais est-il sûr d'abord, pour ne conseiller la gastrotomie que dans ce cas, d'asseoir son diagnostic d'une manière positive et, cela même étant fait, de pouvoir lever l'étranglement même dans les deux cas spécifiés par lui, à savoir : l'étranglement par la bride ou par un anneau anormal. M. Bitot a cherché à donner les signes différentiels de l'étranglement interne par bride ou orifice anormal, d'autres maladies avec lesquelles cette affection pourrait être confondue; il a même cherché à le distinguer du valvulus ou invagination intestinale. Ces efforts sont louables, mais ils n'ont pas vaincu les difficultés.

Si la gastrotomie est une bonne opération, si elle peut être faite à l'homme avec succès, comme il résulte des faits rapportés par Pfeiffer, et comme il résulte d'une de nos dernières discussions, elle doit être, suivant moi, pratiquée dans la majorité des cas où il y a obstacle physique bien déterminé et insurmontable au cours des matières, sauf ensuite à agir sur l'intestin suivant les circonstances. Tantôt en effet ce sera pour lever la cause de l'étranglement ou pour établir un anus contre nature, comme l'entendent MM. Nélaton et Denonvilliers, ou pour pratiquer l'anastomose de M. Maisonneuve, ou l'invagination. La gastrotomie n'est en quelque sorte que le premier temps de l'opération, le second consistant à rétablir par une autre opération le cours des matières. Dans l'état actuel de la science, je ne vois pas que l'on puisse dire : La gastrotomie n'est praticable que dans telle forme d'étranglement, cette forme ne pouvant être déterminée à l'avance.

Toutefois, malgré ces observations, la brochure de M. Bitot est intéressante et mérite de fixer votre attention. Elle est l'avant-coureur de travaux plus étendus que ce jeune chirurgien se propose de vous communiquer. Je vous demande donc de vouloir bien lui adresser des remerciments pour l'envoi de son intéressant travail.

M. Lenoir. Je ferai observer à M. Demarquay que l'idée de remédier à l'étranglement interne par l'établissement d'un anus anormal n'appartient pas à MM. Nélaton et Denonvilliers, mais bien à M. Laugier, qui a publié un travail sur ce sujet dans son *Bulletin chirurgical*.

M. Michon n'admet pas, avec le rapporteur, que la gastrotomie doive être faite dans le cas d'obstacle au cours des matières, pour chercher à faire cesser cet obstacle par une des opérations proposées. Suivant lui, il faut savoir à l'avance la cause qui fait obstacle, et être fixé sur le choix de l'opération.

— M. Le Roy-d'Etiolles présente un travail et une série d'instruments ayant pour but de faire connaître ses divers procédés d'extraction des corps étrangers arrêtés dans la vessie. Une commission composée de MM. Monod, Demarquay et Guersant est chargée de faire un rapport.

M. Le Roy communique les détails d'une opération qu'il a faite tout récemment pour extraire trois calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 27 *août* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

#### Correspondance.

La Société a reçu :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique;

2° Une lettre de M. Bégin, président du conseil de santé des armées; dans cette lettre, M. Bégin remercie la Société de l'envoi qui a été fait par cette dernière des deux premiers volumes de nos Mémoires et du premier de nos Bulletins;

3° M. Gensoul, de Lyon, adresse plusieurs travaux imprimés et manuscrits et demande à devenir membre correspondant.

#### Tumeur testiculaire.

M. Vidal, après avoir montré un malade porteur d'une tumeur du testicule gauche, communique son observation.

Le nommé Portier (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-deux ans, fondeur, tempérament bilieux sanguin, constitution forte, est entré à l'hôpital du Midi le 24 juillet 1851, salle 12, lit n° 2.

Un peu maladif dans sa première enfance, depuis l'âge de dix ans cet homme n'a jamais été forcé de s'aliter, si ce n'est par suite d'accidents traumatiques; ainsi, il a eu les deux jambes fracturées, l'une à treize ans, l'autre à vingt-trois ans.

Jamais de maladie vénérienne, ni écoulement, ni chancres.

A l'âge de vingt et un ans, pendant d'énergiques efforts de défécation, il ressentit une douleur très vive dans le testicule gauche, qui en peu de temps acquit un volume assez considérable. Il appliqua sur l'organe une sorte d'emplâtre fait avec de la boue de meule et de la lie de vin. La tuméfaction diminua bientôt sans disparaître complètement, car il resta toujours à la partie inférieure des bourses une petite tumeur grosse comme une noisette, dure et indolente.

Pendant trente ans, les choses restèrent dans cet état. Le testicule gauche était un peu plus gros que celui de droite et ne paraissait pas augmenter, ou du moins ses progrès étaient tellement lents qu'ils passaient inaperçus pour le malade. Jamais il ne ressentait ni douleurs ni élancements; seulement la continence, pour peu qu'elle se prolongeât, amenait des érections pénibles et le coït devenait alors un soulagement.

En 1850, la tumeur était grosse comme un œuf de poule seulement; mais à partir de ce moment, sans violence quelconque du scrotum, elle commença à faire des progrès rapides.

Il y a quatre mois (avril 1851), à la suite de fatigues répétées, une nouvelle tumeur, qui parut se former en quelques jours, vint se surajouter à la première. La rapidité de son développement et sa consistance, qui était mollasse, la firent prendre pour une hernie. Ce nouveau surcroît de charge rendit le poids des bourses si incommode que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il se présenta à la consultation et fut admis le 24 juillet 1851.

L'état général est excellent. L'embonpoint est conservé, le système musculaire bien développé, les forces sont intactes. La peau est cuivrée; mais cette coloration, apparente principalement sur les parties exposées à l'air, paraît plutôt tenir au hâle qu'à une affection morbide quelconque.

Le scrotum est occupé par une tumeur volumineuse qui tient la place du testicule gauche. Cette tumeur est lourde, non transparente. Elle n'est le siége d'aucune douleur. Sa forme générale est

ovoïde, à grosse extrémité supérieure. Le diamètre horizontal est de 11 centimètres, le vertical de 17.

En haut, elle arrive jusqu'à l'anneau inguinal externe, dans lequel elle ne pénètre pas; on sent en cet endroit le cordon spermatique, dont le volume n'a pas augmenté, qui émerge et vient se perdre dans la tumeur.

La peau a sa coloration normale; elle est un peu distendue, mais souple encore, non luisante, non adhérente aux tissus sous-jacents.

Par le palper, on trouve que la tumeur peut se décomposer en deux parties : une supérieure, globuleuse, non transparente, mais donnant nettement la sensation d'un flot liquide. C'est cette partie de la tumeur qui s'est développée si rapidement il y a quatre mois et que le malade a pris pour une hernie. Deux ponctions ont été pratiquées; il est sorti chaque fois environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui d'une hématocèle. Ce liquide, à peine évacué, s'est aussitôt reproduit.

La tumeur inférieure est conique. Son sommet, arrondi, est dirigé en bas et occupe le fond des bourses. Sa base, taillée en biseau, regarde en haut et en avant; sur elle repose la tumeur fluctuante; après l'évacuation du liquide, on a pu sentir que partout cette base est dure et anfractueuse. La surface périphérique est lisse ou du moins sans aspérités notables. Si, fixant la base avec la main gauche et le sommet avec la main droite, on cherche à leur imprimer des mouvements en sens contraire, on voit qu'ils peuvent se mouvoir l'un sur l'autre d'une manière très limitée, mais néanmoins appréciable, comme s'il y avait là deux parties distinctes enfermées dans une même enveloppe.

Ainsi qu'il a été dit, cette tumeur est dure, nulle part rénitente ni fluctuante. Elle n'est le siége d'aucune espèce de douleurs et reste indolente sous une pression même assez forte.

Le testicule droit est parfaitement sain.

### Discussion.

M. Guersant croit la tumeur de mauvaise nature et propose son ablation.

M. Giraldès. Pour moi, la tumeur n'est point de nature cancéreuse; elle n'en a aucun des caractères; elle n'est point non plus

tuberculeuse; elle appartient, au contraire, à la classe des enchondromes; peut-être trouvera-t-on par la dissection quelques points osseux ou cartilagineux et des kystes gélatineux.

M. Chassaignac. Je crois que la tumeur dont le malade de M. Vidal est porteur est une hématocèle avec épaississement des parois. Dans certains cas de ce genre, la tunique vaginale peut acquérir un volume très considérable. Tout récemment, j'ai vu une tumeur du corps thyroïde dont les parois étaient fort épaisses et cartilagineuses; le contenu néanmoins était du sang. Quant au liquide qui a été évacué, il ne venait point de la tunique vaginale, mais d'un kyste séreux développé au-dessus de la tumeur. Je crois que la meilleure opération à faire dans ce cas est de fendre largement la tumeur, d'aller à la recherche du testicule et de le conserver s'il est sain.

M. Maisonneuve. Il est possible que la tumeur que nous a fait voir M. Vidal soit une hématocèle; j'ai vu M. Velpeau enlever une tumeur de ce genre dont les parois étaient dures, cartilagineuses, et cependant il s'agissait d'une tumeur de nature bénigne. Dans l'impossibilité où l'on est d'arriver à un diagnostic positif, en raison du volume de la tumeur, je propose son ablation.

M. Vidal. Si on se rappelle l'évolution de cette tumeur, qui a débuté par l'épididyme, pour de là envahir le testicule, on sera convaincu que la partie que j'ai ponctionnée est bien la tunique vaginale. Quant à la composition de la tumeur, elle est, suivant moi, formée de plusieurs éléments; probablement renferme-t-elle des kystes; mais, conformément à la loi que j'ai établie ici et à l'Académie de médecine, je la crois de nature maligne, attendu qu'un seul testicule est affecté.

M. Dexonvilliers. Si le chirurgien est indécis sur la nature de cette tumeur, il ne peut l'être relativement au parti à prendre. Il faut l'enlever. J'ai vu plusieurs tumeurs analogues à celle que nous a présentée M. Vidal. Auguste Bérard a cherché à plusieurs reprises, dans ces tumeurs volumineuses des bourses, à conserver le testicule en le dégageant des éléments qui l'entourent. Moi-même j'ai, dans un cas, cherché à sauver le testicule; mais les tentatives de Bérard ne furent point plus heureuses que la mienne : nos malades succombèrent. Aussi je crois que dans le cas de tumeurs volumineuses des bourses il faut enlever le tout. On fait, en agissant

de la sorte, courir moins de risques aux malades. Blandin était aussi de cet avis.

**Communication.**

M. Chassaignac lit le mémoire suivant :

*Nouvelle opération pour remédier à un mode particulier de déformation du nez et à ses conséquences fâcheuses.*

La disposition parfaitement médiane et symétrique du nez est, chez presque tous les individus, soumise à des altérations plus ou moins prononcées. C'est, la plupart du temps, par une inclinaison latérale très forte chez quelques sujets, beaucoup moins accusée chez les autres, que le nez s'éloigne de la conformation primitive et *infantile;* car, chez le très jeune enfant, les obliquités latérales n'ont pas lieu.

On a déjà donné de ce phénomène, d'autant moins étudié peut-être qu'il est à chaque instant sous nos yeux, des explications variées. On doit se rappeler, avant tout, que l'inclinaison du lobule du nez à droite est la règle, tandis que l'inclinaison à gauche est l'exception.

Pour quelques physiologistes, c'est au mode habituel de décubitus du sujet pendant le sommeil que doit être rapportée la déviation latérale du nez. Cette hypothèse serait en contradiction formelle avec ce qu'apprend l'observation généralement faite, que le décubitus le plus ordinaire a lieu sur le côté droit du corps. Nous n'avons pas besoin de dire que, dans l'hypothèse dont il vient d'être parlé, l'agent de la déviation serait la pression exercée latéralement sur le lobule par les corps sur lesquels la tête repose.

Pour d'autres, la cause de la déviation réside dans la manière dont le sujet a l'habitude de se servir du mouchoir. Telle est l'opinion de Béclard, qui attribuait la déviation à droite de la pointe du nez à ce que l'action du mouchoir s'accomplit, chez le plus grand nombre des individus, avec la main droite.

Quelques-uns font remonter la cause du phénomène à des pressions exercées sur la face lors de l'accouchement.

Certaines déviations sont le résultat incontestable de violences brusques qui ont produit des lésions traumatiques.

Enfin, nous ne parlerons pas des déformations plus ou moins ca-

ractéristiques dues à l'altération syphilitique des os propres du nez.

Ce rapide aperçu a dû suffire pour faire voir que les déformations de l'appareil olfactif externe doivent être distinguées en deux classes : celles qui tiennent à une déviation osseuse; celles qui tiennent à une déviation de la partie cartilagineuse. C'est uniquement de ces dernières que nous nous occuperons.

Les diverses causes dont nous avons parlé, nous ne les discuterons pas, pour plusieurs raisons :

1° Parce que nous croyons pouvoir indiquer une cause bien autrement physiologique et rationnelle de la plupart des déviations du nez ;

2° Parce que, tant que la déviation n'a pas d'influence fâcheuse sur les fonctions, elle ne justifie guère les efforts que ferait le chirurgien pour remédier à un inconvénient très minime ; et telle est la condition dans laquelle se trouve l'immense majorité des individus : c'est même là sans doute la cause pour laquelle cette question de l'étiologie est si mal étudiée et présente le vague dont nous avons parlé ;

3° Enfin, parce que, n'ayant en vue que des déviations sérieuses et nuisibles à l'exercice des fonctions, et devant proposer contre elles un moyen chirurgical, nous avons autre chose à faire que de discuter gravement sur la question de savoir si le nez est bien exactement au milieu du visage et comment il cesse de s'y trouver.

Pour nous, la grande et essentielle cause, celle qui donne lieu à des indications thérapeutiques et diagnostiques, c'est la déviation de la cloison. Cette déviation tient elle-même, dans le plus grand nombre des cas, à un défaut d'harmonie, une sorte d'hypergénésie dans le sens vertical ; en un mot, à ce que la cloison tend à prendre des dimensions plus considérables que celles de l'espace qui lui est normalement réservé.

Supposez une lame ostéo-chondrale comme le diaphragme nasal, limitée en haut et en bas par des parties inflexibles comme la voûte et le plancher des voûtes olfactives. Supposez que, pincé en quelque sorte entre ces deux points fixes, ce diaphragme tende à acquérir des dimensions plus considérables que l'espace réservé à la cloison, force lui sera de s'infléchir latéralement, soit d'un côté, soit de l'autre ; de là une incurvation plus ou moins marquée.

A un degré faible, pas d'accidents. A des degrés de plus en plus

prononcés, se présente une série de phénomènes qui élèvent la difformité, d'abord légère, à l'état de maladie caractérisée, et réclame toute l'attention du chirurgien.

Plusieurs fois j'ai été consulté pour des cas de ce genre, et notamment pour un jeune homme de la Touraine, âgé d'à peu près dix-neuf ans, et placé en pension, à Paris, dans une institution préparatoire aux écoles spéciales. Je fis construire, dans ce cas, par M. Béchard, un petit appareil de pression au moyen d'un cercle entourant la tête et supportant une tige recourbée armée d'une petite pelote destinée à comprimer le côté saillant de la cloison.

Dans les degrés modérés, la déviation a pour effet de diminuer la capacité d'une des fosses nasales en agrandissant celle du côté opposé; mais la compensation n'est qu'apparente, en ce sens que ce n'est pas l'ampleur de la cavité nasale qui règle sa mesure d'utilité dans l'accomplissement de l'acte respiratoire, mais bien le degré d'ouverture de la narine et de sa continuation, en sorte que l'obturation d'une narine ou du conduit qui lui succède supprime d'emblée la moitié d'une prise d'air si complétement nécessaire dans son intégrité et si bien calculée pour le besoin de la fonction, qu'il y a gêne dès que le champ normal de l'ouverture est tant soit peu diminué par une cause quelconque.

La capacité amoindrie d'une des fosses nasales doit donner lieu à des enchifrenements assez fréquents; elle doit très probablement modifier le timbre de la voix; enfin elle altère un peu la régulière conformation du nez; mais nous sommes convenus de ne pas nous arrêter sur les degrés faibles qui seraient sans doute un objet fort intéressant de recherches délicates et curieuses. Nous ne faisons commencer notre étude que là où l'intervention chirurgicale nous paraît positivement réclamée.

Donc, quand la déviation est très forte, voici ce qu'on observe :

1° La fosse nasale vers laquelle se porte la cloison est complétement obstruée; 2° le bombement peut aller au point de donner lieu à une sorte de diaphragme horizontal qui ferme la cavité nasale d'un côté.

Il y a plus : la saillie peut prendre des dimensions telles, que la cloison vienne presque sortir à l'orifice de la narine par une sorte d'ampoule. Ces cas de renflement ampullaire ont pour premier inconvénient de donner quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic

trop connues des chirurgiens pour que je m'en occupe en ce moment. Mais, de plus, cette configuration anormale s'accompagne d'une déviation tellement prononcée du lobule du nez, qu'il en résulte une difformité très choquante. Chaque fois que le malade veut se moucher, la pression la plus douce cause parfois une douleur très vive. Enfin la muqueuse qui revêt l'ampoule formée à l'entrée de la narine, et qui déborde quelquefois la sous-cloison, s'excorie, saigne, se recouvre de croûtes, suppure même, exposée qu'elle est à mille causes d'attouchements douloureux.

C'est dans des conditions semblables, devenues difficiles à supporter, que me fut amené par sa mère le jeune L..., âgé de quatorze ans.

Six mois auparavant on avait consulté un de nos confrères, qui, reconnaissant une déviation commençante, crut que le développement ultérieur du jeune garçon ferait disparaître cette difformité et ses conséquences; mais il n'en fut pas ainsi, et la mère, de plus en plus alarmée sur une déviation chaque jour plus choquante et sur les inconvénients dont elle s'accompagnait, vint, d'après l'avis du docteur Feldmann, réclamer de moi l'emploi d'un moyen chirurgical propre à faire cesser un pareil état.

La pointe du nez était fortement et très disgracieusement déviée à droite, l'ampoule cartilagineuse remplissait la narine gauche.

Je tiens du docteur Debout, notre excellent collègue, que Blandin, dans un cas analogue, eut recours avec succès à la perforation totale de la cloison au moyen d'un emporte-pièce. Ce n'est pas de ce procédé que j'ai fait usage, et voici l'opération que j'ai pratiquée le 15 août 1851, avec l'assistance de M. Gardel, externe de mon service, et de M. le docteur Feldmann.

L'enfant étant assoupi au chloroforme et placé dans une position convenable en face du jour, je pratiquai tout près de la sous-cloison et dans le sens antéro-postérieur une incision très légèrement relevée à ses deux extrémités. Cette incision avait pour objet de mettre à découvert le cartilage dévié. J'introduisis alors dans l'intérieur de cette plaie l'extrémité d'une spatule, au moyen de laquelle je décollai la muqueuse d'avec le cartilage. Ce temps de l'opération fut assez laborieux. Le cartilage une fois mis à nu, je refoulai avec la spatule le lambeau muqueux au-dessus de l'ampoule cartilagineuse, puis je coupai plusieurs épaisseurs dans le

cartilage, jusqu'à ce que j'eusse obtenu une souplesse et un amincissement qui me permît de rejeter vers la ligne médiane la cloison cartilagineuse devenue facile à déplacer. Cela fait, je ramenai de haut en bas le lambeau muqueux contre la cloison.

Une petite éponge de forme conique fut placée dans la narine pour rendre permanent ce qui venait d'être obtenu au moment même. L'éponge a été laissée plusieurs jours en place, et sauf l'incommodité résultant de l'odeur, aucun accident n'a été la suite de cette opération plutôt délicate que réellement difficile, mais pendant laquelle l'issue du sang après la section de la pituitaire ne laissa pas de causer quelque embarras. Aussi faut-il éponger sans cesse pendant l'exécution du procédé.

Aujourd'hui, 25 août, le jeune malade est parfaitement bien. Sa cloison est droite; ce qui n'empêche pas le lobule du nez d'avoir un peu de tendance à se latéraliser, résultat d'une conformation et d'une habitude de position depuis longtemps contractées. L'air qui ne sortait jamais par la narine gauche, y passe aujourd'hui librement.

On pouvait craindre que le filet ethmoïdal du rameau nasal ne fût intéressé dans cette opération; mais l'examen au point de vue physiologique n'a révélé aucun trouble dans les fonctions de ce nerf.

J'avais pensé d'abord à redresser de vive force la cloison par des agents mécaniques pourvus d'une force suffisant à cet effet; mais la crainte de causer une fracture ou un ébranlement dangereux à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde m'a conduit à préférer le mode opératoire que je viens de décrire.

### Discussion.

M. Maisonneuve. Les exemples de déviation du nez sont communs dans la pratique, et le travail de M. Chassaignac touche à un point qui embarrasse souvent le praticien. J'ai souvent employé des appareils divers pour redresser le nez, et cela sans résultat. J'en ai même proposé un aux parents de cet enfant, auquel je donnais des soins pour la difformité qui a occupé notre collègue, mais ma proposition ne fut point acceptée. Toutefois, je crois que dans une circonstance analogue à celle où s'est trouvé M. Chassaignac, je préférerais l'opération de M. Blandin; on pourrait même la prati-

quer en lui faisant subir une modification qui consisterait à isoler la muqueuse du cartilage médian, sur lequel M. Blandin faisait porter la résection.

M. Debout. L'opération que fit M. Blandin peu de temps avant sa mort avait pour but de faire cesser le nasonnement dont un jeune avocat était atteint.

M. Forget. L'opération de M. Chassaignac est intéressante en elle-même; mais le résultat est-il aussi satisfaisant que l'espérait notre collègue? Je vois dans le travail qu'il nous a lu que le nez avait encore une certaine tendance au déplacement. Or quelle est cette tendance, jusqu'où va-t-elle? L'opération de M. Chassaignac est nécessairement limitée dans son application; car il y a des déviations latérales du nez qui ne tiennent pas à la cause signalée par notre confrère.

M. Chassaignac. L'opération que je propose a plusieurs buts; il ne s'agit pas seulement de redresser le nez, mais bien de corriger les inconvénients qui tiennent à cette déviation, par suite de laquelle la membrane muqueuse s'enflamme, s'excorie. Cet état maladif de la membrane muqueuse, dans plusieurs circonstances, a fait croire à un polype; de plus, la respiration se fait difficilement. L'enfant sur lequel j'ai pratiqué mon opération était affecté d'un ronflement continuel; de plus, sa voix était nasonnée, et chaque fois qu'il se touchait le nez un peu brusquement, il éprouvait de la douleur. C'est pour toutes ces raisons que j'ai pratiqué l'opération que je fais connaître à la Société. Je le répète en terminant, mon but seul n'était point de redresser le nez; je n'ai point fait l'opération de Blandin, d'abord parce que je ne savais pas que l'on pût sans inconvénient faire communiquer les deux narines, et qu'elle ne pouvait rien sur le redressement du nez.

M. Monod. Je ne crois pas que la déviation du nez tienne toujours à une hypertrophie du cartilage médian; j'ai vu un enfant naissant dont le nez était couché sur la joue, et il s'est redressé de lui-même. Je crois que souvent ces déviations tiennent aux os eux-mêmes.

M. Giraldès. La déviation du cartilage médian est commune; elle entraîne le plus souvent la formation d'une ampoule d'un côté, tandis que de l'autre il y a une oblitération presque complète. Ces déviations tiennent à un développement plus considérable d'un

côté de la face correspondant à l'ampoule, tandis que, de l'autre côté, il y a une légère atrophie. La cause première de ces déviations tient donc à un développement plus marqué du système osseux d'un côté que de l'autre.

M. Morel a vu un malade dont la déviation était telle, que l'on ne pouvait pas passer entre la face et la paroi externe des narines la plus mince spatule.

M. Huguier. L'année dernière, j'avais à enlever des polypes muqueux chez une personne sur laquelle on voyait cette déviation ; ne pouvant introduire du côté de la déviation une pince à polypes, je pris le parti de la redresser de vive force, ce que je fis avec facilité à l'aide d'une pince à pansement. Dès lors, je pus débarrasser le malade de ses polypes.

M. Demarquay. La déviation de la cloison peut être amenée non-seulement par certaines dispositions des os de la face, mais encore par une altération du vomer. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique, une exostose de cet os qui avait entraîné une déviation du cartilage. Relativement à l'opération de Blandin, je ferai observer qu'elle n'avait point pour but de corriger la difformité résultat de la déviation de la cloison, mais bien de faire cesser le nasonnement en établissant le passage facile de l'air dans les deux narines. J'ai assisté à des manœuvres sur le cadavre faites avec l'instrument qui avait été imaginé à ce sujet, et l'opération est facile. Elle se fait avec une espèce d'emporte-pièce dont chaque partie est introduite dans une narine ; leur rapprochement détermine la perforation de la cloison par l'enlèvement d'une portion de cette dernière. Peu de temps avant sa mort, ce professeur, ainsi que vous l'a dit M. Debout, avait eu la pensée de publier un petit travail, non-seulement sur ce sujet, mais encore sur d'autres petites opérations qu'il avait pratiquées sur le nez et dans les narines. J'avais fait quelques recherches et quelques préparations anatomiques dans ce but, mais ce travail ne put être terminé.

M. Guersant. Je suis parvenu quelquefois à redresser le cartilage de la cloison par l'application d'une double canule de Dupuytren. Pour obtenir quelque chose de ce moyen, il faut le continuer longtemps.

— M. Guersant présente à la Société une pince en acier qu'il a fait faire à M. Charrière, elle a la forme d'une tenaille ; il l'em-

ploie, en la faisant rougir à blanc, pour la section et la cautérisation des bourrelets d'hémorrhoïdes dégénérés. Ce moyen, dont il se sert après avoir chloroformé le malade, lui paraît supérieur aux instruments tranchants et aux ligatures, parce qu'ils sont à l'abri des érysipèles ; il lui paraît plus actif et plus certain que l'application du caustique de Vienne, parce qu'il agit plus promptement en enlevant sur-le-champ la principale partie qu'on désire détruire ; enfin, la douleur de l'opération est de plus courte durée.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 3 *septembre* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

### Présentation de malades.

M. Chassaignac présente deux malades sur lesquels il avait déjà appelé l'attention de la Société de chirurgie, et qui ont subi chacun une opération dont le résultat est satisfaisant. L'un d'eux était affecté d'un staphylome pellacide.

M. Monod présente deux malades dans le but de démontrer les avantages que le chirurgien peut retirer du traitement des tumeurs érectiles par l'usage des aiguilles et du séton successivement employés.

Le premier malade est une jeune fille maintenant âgée de quatorze ans ; elle lui fut présentée à l'âge de neuf mois. Elle portait sur la face, au niveau du maxillaire inférieur à gauche, une tumeur érectile volumineuse, s'étendant depuis la commissure labiale jusqu'au conduit auditif ; cette tumeur était entièrement sous-cutanée, ne faisant pas saillie dans l'intérieur de la bouche. M. Monod enfonça de nombreuses aiguilles qui traversèrent la tumeur de part en part, et les fixa par un fil lâchement appliqué, comme s'il s'agissait d'une suture entortillée. Dix jours après, le trajet de ces aiguilles était en pleine suppuration. A la place des aiguilles, on mit plusieurs sétons placés à l'aide d'aiguilles plates, et dans toutes les directions. Ces opérations furent souvent répétées, et au bout d'un an la guérison était complète.

On ne trouve, sur le lieu occupé il y a treize ans par la tumeur,

aucune induration ; il n'existe sur la peau que quelques cicatrices plates peu étendues, ne constituant aucune difformité.

L'autre malade, âgé de sept ans, est un jeune garçon qui offrait une tumeur érectile, de même nature, dans la paume de la main droite, développée au niveau de l'articulation de la première phalange de l'index avec le métacarpien correspondant ; la tumeur avait un rapport intime avec les tendons fléchisseurs. M. Monod eut encore recours au traitement par les sétons. Le 30 avril 1850, il appliqua d'abord des aiguilles qui furent laissées en place quinze jours ; ensuite eut lieu une première application de sétons qui restèrent également quinze jours, et quatre fois cette opération fut répétée. Les sétons étaient quelquefois laissés en place pendant un et deux mois. Actuellement cet enfant est parfaitement guéri, et les mouvements des doigts ont conservé toute leur intégrité.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Vidal donne les détails suivants sur l'opération qu'il a pratiquée sur son malade porteur d'une tumeur testiculaire.

### Opération d'une tumeur testiculaire.

M. Vidal. J'ai opéré, avec l'assistance éclairée de MM. Larrey et Morel, le malade que je vous ai présenté dans la précédente séance. J'ai donc enlevé cette énorme tumeur des bourses dont le diagnostic avait été le sujet d'une discussion ; je l'ai enlevée avec une portion de peau. Au lieu de lier le cordon en masse, je l'ai étreint avec une très grosse serre-fine que je pourrai enlever demain. De cette manière, je ne contrarierai pas la cicatrisation, comme je l'aurais fait par la ligature en masse, qui ne divise que très tard le cordon; il reste donc longtemps un corps étranger dans la plaie. Toute la plaie a été réunie avec des serres-fines de moyenne grosseur.

Quant à la composition de la tumeur, elle nous a étonné. C'est, comme vous le voyez, une énorme masse tuberculeuse qui envahissait tout le testicule ; il y avait aussi, comme je l'avais dit, un épanchement séro-sanguinolent dans la tunique vaginale. D'après ce que j'ai avancé, cette tumeur devrait être maligne. Le bon état actuel de la santé de l'opéré semble me donner un démenti. Mais je suivrai longtemps le malade ; quand il sera sorti de l'hôpital, je prendrai son adresse, et je crains bien, plus tard, de vous dire le

dernier mot, mot fatal pour lui. Les suites de cette tumeur, qui ne vous paraît pas *maligne*, seront malheureuses.

M. Gosselin. Je suis heureux d'appeler l'attention de la Société sur un fait qui m'intéresse, que j'ai déjà observé six fois et qui est devenu de ma part l'occasion d'un travail ; c'est l'épaississement de la tunique vaginale. Ce fait est vulgaire ; mais ce qui est important à connaître, c'est que cette fausse membrane, surtout développée sur la tunique vaginale non testiculaire, peut se décoller et s'enlever avec grande facilité : elle est formée, comme les fausses membranes, par un tissu à fibres mal déterminées. Or, il résulte de ce fait une application à la médecine opératoire. En effet, dans le cas d'hydrocèle et d'hydro-hématocèle avec épaississement des tissus, dû surtout à la présence de cette fausse membrane, on pourra, une incision étant faite aux téguments, énucléer cette fausse membrane et l'enlever d'autant mieux qu'elle ne se prolonge pas sur le testicule ; de la sorte, on ne sera pas exposé à léser le cordon, ni l'épididyme. Cette énucléation de la fausse membrane prévendra les inflammations qui surviennent à la suite des opérations qui ont pour but de guérir l'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale, gravité sur laquelle M. Denonvilliers a appelé récemment votre attention.

Saviart et M. Malgaigne ont déjà cherché à détacher cette fausse membrane ; mais le fait n'a point encore été généralisé.

M. Maisonneuve. Le fait que vient de nous signaler M. Gosselin est intéressant au point de vue pratique. Nous savions tous combien les fausses membranes qui se forment dans la tunique vaginale pouvaient acquérir de volume ; mais ce que nous ne savions pas, c'est la facilité avec laquelle on les détache des parties centrales. L'application que propose notre collègue de ce fait anatomo-pathologique ne doit point être oubliée.

M. Robert. Je ferai observer que sur la pièce de M. Vidal la fausse membrane se prolonge sur le testicule ; dans ce cas, le procédé proposé par M. Gosselin n'eût peut-être pas été applicable.

M. Giraldès. Il est un fait de physiologie pathologique qu'il ne faut point oublier, à savoir, que les fausses membranes, après un certain temps de durée, s'unissent tellement intimement avec les séreuses qu'elles recouvrent, que toute délimitation devient impossible. Or, pour donner plus d'importance et en même temps plus de

précision aux recherches de M. Gosselin, il faudrait savoir l'âge des fausses membranes qu'il a enlevées, en même temps que l'époque à laquelle les fausses membranes de la tunique séreuse vaginale deviennent adhérentes.

M. Gosselin. En signalant à la Société un point d'anatomie pathologique qui fait l'objet de mes recherches, je n'ai point eu la prétention de revendiquer la priorité d'un fait déjà vu par Boyer et Blandin; j'ai voulu seulement montrer que la pratique peut tirer parti d'une circonstance pathologique peu étudiée jusqu'à ce jour. Quant à l'adhérence intime, à la fusion de la fausse membrane avec la tunique vaginale, je répondrai à M. Giraldès que je ne sais ni si elle s'opère, ni à quelle époque elle s'opère; je lui dirai que j'ai pu enlever des fausses membranes qui remontaient à huit, dix et quinze ans. Si, dans cette circonstance, les fausses membranes se transforment, il faut admettre que c'est plus tard que cette transformation a lieu.

M. Larrey a eu occasion de voir, mais, à la vérité, sans en apprécier la nature, les pseudo-membranes signalées par M. Gosselin, et qui avaient l'apparence d'un épaississement de la tunique vaginale. C'était dans des opérations d'hydrocèle par incision, méthode que M. Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, employait presque toujours exclusivement. M. Larrey suppose même que l'intéressante remarque faite par M. Gosselin serait souvent vérifiée, si les chirurgiens adoptaient davantage l'incision dans les cas d'hydrocèle n'offrant que peu ou point de transparence.

### Correspondance.

M. Larrey offre à la Société une brochure de M. Willaume, ancien chirurgien principal des armées, ayant pour titre : *Recherches historiques sur les armes à feu.*

### Rapport.

*Rapport sur les travaux présentés par M. le docteur Gensoul, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société.*

Les travaux présentés à la Société de chirurgie par M. le docteur Gensoul, de Lyon, consistent :

1° En une note imprimée sur le mécanisme de la vision;

2° En un mémoire imprimé sur un nouveau procédé pour opérer les polypes de la matrice;

3° En une observation imprimée relative à un anévrisme traumatique de l'artère axillaire;

4° En une thèse soutenue à Paris en 1828, par M. Pillet, de Lyon, sur l'extirpation de la glande parotide; thèse basée sur des faits appartenant à M. Gensoul;

5° Enfin, en deux observations inédites d'extirpation de la glande parotide.

Le règlement de notre Société n'admettant comme titre à la candidature de membre correspondant que des travaux inédits, je me contenterai de faire mention des quatre premiers ouvrages, qui tous vous sont déjà connus, et je n'appellerai votre attention que sur les deux observations manuscrites d'extirpation de la glande parotide.

La première a trait à un homme âgé de soixante-trois ans, qui portait une énorme tumeur carcinomateuse dans la région parotidienne et cervicale du côté gauche. Le malade était sous le coup d'une suffocation imminente et implorait ardemment l'opération. M. Gensoul ne s'y décida toutefois qu'avec une répugnance extrême. Il pratiqua d'abord une longue incision étendue de l'apophyse mastoïde gauche à la clavicule, puis une seconde transversale qui, du milieu de la première, se dirigeait sous le menton jusqu'à l'angle maxillaire droit.

Ces larges incisions permirent de mettre à découvert et d'extirper d'abord dix ou douze ganglions, dont quelques-uns avaient le volume du poing; continuant ensuite de bas en haut la dissection dans laquelle l'artère carotide et la veine jugulaire interne furent mises à nu dans une étendue de plusieurs pouces, l'opérateur arriva graduellement jusqu'à la glande parotide, qui, partie avec les doigts, partie avec les ciseaux, fut détachée tout entière de l'excavation profonde dans laquelle elle était logée. Pendant tout ce dernier temps de la manœuvre, l'artère carotide fut maintenue comprimée par les doigts d'un aide, et, quand l'opération fut terminée, on n'eut à lier que quelques branches secondaires de la carotide externe. Les lèvres de la plaie furent ensuite rapprochées par des points de suture et recouvertes d'une simple compresse. Les suites immédiates de cette opération ne furent traversées par aucun acci-

dent grave, et dès le quarantième jour le malade put retourner dans ses foyers, où la cicatrisation acheva de se compléter. Cette guérison, toutefois, ne fut que temporaire; la tumeur reparut quelques mois après avec une nouvelle intensité; le malade ne tarda pas à périr.

La deuxième opération a pour sujet une demoiselle de vingt-neuf ans, qui vers l'âge de quatorze ans avait vu se développer dans la région parotidienne droite une tumeur dont les progrès furent lents, mais continuèrent incessamment malgré plusieurs médications actives. En 1847, époque où la malade consulta M. Gensoul, la tumeur avait le volume d'un énorme cône ayant sa base appliquée sur l'apophyse mastoïde et sur la joue, soulevant la conque de l'oreille, s'enfonçant derrière la branche de la mâchoire inférieure, chassant en arrière le muscle sterno-mastoïdien, descendant sur le côté du col et paraissant soudé aux vertèbres cervicales; le sommet du cône était mamelonné, bleuâtre, ainsi que toutes les saillies que présentait sa surface.

L'opération fut pratiquée le 12 juillet 1847, la malade étant préalablement soumise à l'éthérisation. La tumeur adhérait à la branche montante du maxillaire inférieur, au pavillon de l'oreille, au conduit auditif externe, à l'artère carotide interne; elle enveloppait l'apophyse styloïde et l'insertion du bouquet anatomique de Riolan. La dissection en fut opérée avec hardiesse et habileté, et n'exigea d'autre sacrifice que celui du nerf facial. La guérison de cette plaie énorme se fit avec lenteur; plusieurs fois M. Gensoul fut obligé de réprimer énergiquement avec des cautérisations profondes par le chlorure de zinc des végétations fongueuses qui menaçaient de reproduire la maladie. Mais, enfin, au bout de cinq mois la guérison fut entière, et depuis quatre ans elle ne s'est pas un instant démentie.

La tumeur était formée d'un tissu lardacé, dur, au milieu duquel existaient des points spongieux ramollis et noirâtres, et quelques kystes remplis de liquides sanieux et sanguinolent.

Si depuis longues années déjà M. Gensoul ne vous était connu comme une de nos illustrations chirurgicales, le simple résumé de ces deux observations inédites suffirait amplement pour vous révéler sa valeur. Il n'appartient qu'au chirurgien de premier ordre d'oser et de mener à bien de semblables opérations. Mais je n'ai

point à faire ressortir ici le mérite de M. Gensoul ; je ne pourrais rien dire à cet égard que vous ne sachiez tous ; je me bornerai donc à signaler à votre attention quelques-uns des enseignements pratiques qui ressortent des deux observations remarquables dont je vous ai donné l'exposé succinct.

Nous y voyons :

1° La confirmation de ce fait maintenant bien établi que la glande parotide peut être enlevée en totalité sans lésion des gros troncs artériels ou veineux du cou ;

2° Que cette opération peut, sans compromettre d'une manière trop grave la vie des malades, être exécutée même chez des personnes fort avancées en âge ;

3° Enfin que, par un privilége spécial, les cancers de la glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup d'autres à la récidive et à la généralisation.

Toutes ces propositions, du reste, sont confirmées par l'expérience de plusieurs de nos collègues, entre autres de MM. Denonvilliers, Monod et votre rapporteur, qui vous ont fait part d'opérations analogues suivies d'un succès complet.

Il est à regretter seulement que l'examen microscopique de la tumeur n'ait pas été fait ; ce fait eût apporté un élément de plus à la solution de cette question si grave de la curabilité radicale des tumeurs dites cancéreuses.

Quoi qu'il en soit, les faits présentés par M. Gensoul ont un grand intérêt ; ils contribueront sans aucun doute à soutenir le courage et l'énergie des chirurgiens dans leurs déterminations opératoires contre les tumeurs malignes de la région parotidienne.

Votre commission, par l'organe de votre rapporteur, a l'honneur de vous proposer :

1° Le dépôt dans la bibliothèque de la Société des brochures présentées par M. Gensoul ;

2° L'impression des deux observations manuscrites ;

3° L'admission de M. Gensoul au nombre de vos membres correspondants.

### Obs. I. — *Ablation de la parotide.*

Lorsque le docteur Pillet soutint sa thèse en 1828 sur l'extirpation de la glande parotide, quelques chirurgiens contestaient encore

la possibilité d'enlever la parotide sans exposer les malades à une mort à peu près certaine. La chirurgie actuelle a démontré jusqu'à l'évidence que l'ablation de la parotide faisait courir moins de danger aux malades que l'amputation de la cuisse. Depuis les deux opérations couronnées de succès et consignées dans la thèse du docteur Pillet, j'ai enlevé quatre fois la parotide, et je n'ai jamais eu à me plaindre de cette prétendue témérité. Dans un des cas, la parotide n'était qu'une annexe d'une agglomération de ganglions énormes qui entouraient le cou et gênaient la respiration et la déglutition.

M. P..., de Saint-Haon-le-Vieux (Loire), âgé de soixante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, vint se présenter à moi le 8 septembre 1848 dans un état d'angoisse inexprimable. Je l'examinai avec la plus grande attention, et, lorsque je me fus assuré que les ganglions qui soulevaient l'oreille gauche, au-dessous de laquelle ils avaient pris naissance et qui de là avaient gagné le dessous de la mâchoire, tout le côté gauche et antérieur du cou jusque près de la clavicule, s'étendaient jusqu'au côté droit du cou au-dessous de la mâchoire; lorsque je me fus assuré, dis-je, que ces ganglions lymphatiques énormes ne paraissaient pas adhérer ailleurs que sur la parotide, je laissai comprendre au malade que peut-être on pourrait enlever cette énorme tumeur. Il s'empara de cette idée et me sollicita d'une manière si pressante que je me décidai à promettre de l'opérer. J'avoue que, quoique j'aie eu de bien graves opérations à faire, celle-ci ne me laissa pas dormir la nuit qui la précéda, et, lorsque je fus avec MM. les docteurs Pillet, Tavernier et Floret et quelques élèves pour procéder à l'opération, ils reculèrent tous devant la pensée de toucher à une semblable tumeur et m'engagèrent à dire que, les ganglions ayant encore pris de l'accroissement pendant la nuit, il fallait temporiser; mais le malade, qui suffoquait, rendit à mes assistants du courage en leur disant qu'alors même que l'on enlèverait seulement une partie de la tumeur, il pourrait respirer quelques heures et dicter ses dernières volontés pour régler ses affaires.

Je commençai immédiatement par une large incision, qui s'étendit de derrière l'oreille gauche jusqu'au bas du cou, puis une seconde incision en travers s'étendant du milieu de la première incision jusqu'à l'angle de la mâchoire du côté droit. Je découvris ainsi

largement les ganglions, et, en incisant sur chacun d'eux le tissu cellulaire fibreux dans lequel, par le fait de leur accroissement, ils s'étaient enkystés, je parvins assez aisément et sans danger à en détacher dix à douze, dont plusieurs dépassaient en volume la grosseur du poing; mais arrivé à la partie supérieure sur la parotide, qui était écrasée et confondue avec les ganglions supérieurs, j'eus alors une dissection plus difficile et plus délicate, bien moins cependant que l'on ne pourrait le supposer, parce que rien ne gênait la manœuvre opératoire dans une si large plaie; l'angle de la mâchoire était à nu, le muscle sterno-mastoïdien avait été allongé et entièrement déjeté en arrière; l'artère carotide et la veine jugulaire interne apparaissaient dans l'étendue de plusieurs pouces parfaitement à nu; les ganglions, par leur présence, avaient disséqué la partie profonde du col, et l'on pouvait voir la partie antérieure des vertèbres sans que le bistouri ait eu rien à faire dans cette dénudation. Le doigt d'un aide appliqué sur la carotide me rendait maître du sang artériel, et une pression légère sur la jugulaire la faisait gonfler et garantissait du danger d'ouvrir une veine aplatie sans l'apercevoir; la tumeur fut détachée de la partie supérieure en grande partie avec les ciseaux et les doigts; je n'eus à lier que quelques gros rameaux de la carotide externe; la veine jugulaire externe avait sans doute été atrophiée par sa compression et par sa distension énorme, car je n'ai pas eu besoin de la lier. Je pus donc sans beaucoup de peine disséquer et arracher la parotide, qui était attachée par un tissu fibreux aux apophyses mastoïde et styloïde. Je me hâtai de rapprocher les lambeaux de peau, et je fis deux seuls points de suture aux angles des lambeaux pour éviter tout pansement, toute pression sur le col. Je couvris la plaie d'un simple linge; je fis envelopper le malade de coton cardé de la plaie jusqu'à l'extrémité des pieds, afin de rappeler la chaleur sans le charger de couvertures. Je prescrivis pour les premières heures une potion narcotique et stimulante avec l'eau de laitue, le sirop de morphine, l'acétate d'ammoniaque et la teinture de cannelle; six heures après, le pouls s'était relevé, le malade était en sueur; je fis suspendre la potion et fis donner quelques infusions légères et chaudes de fleurs de mauve par le moyen simple et en renouvelant le coton lorsqu'il était trop mouillé; en laissant le malade trois jours dans cet état de sueur réactive, il s'établit une suppuration

abondante, qui suintait facilement à travers les téguments simplement rapprochés par leur pesanteur. Le pouls était bon, le moral du malade relevé et de jour en jour la suppuration diminua; l'on put soutenir le malade par des bouillons, puis par des aliments plus solides, et, quarante jours après celui de l'opération, il put se rendre dans ses foyers ayant seulement une petite plaie au-dessous de la mâchoire, dont la cicatrisation était complète au troisième mois.

Deux ou trois mois plus tard des ganglions lymphatiques ont reparu sur différents points du cou et à la partie supérieure de la poitrine, et le malade, qui avait si heureusement été rétabli, succomba quelques mois après sans que j'aie été appelé à lui donner des soins, qui eussent été sans espoir.

L'examen anatomique des ganglions ne m'a offert rien de remarquable; ils étaient jaunâtres, d'un tissu fibro-lardacé, et dans quelques-uns il existait des kystes remplis d'une suppuration d'un gris noirâtre; la parotide était fibreuse, son volume peu considérable; elle avait été comprimée et entourée de ganglions; il m'est impossible de dire si l'engorgement de la parotide a été la cause du développement des ganglions ou si les ganglions ont été la maladie primitive. Il reste seulement acquis ce fait que l'ablation des tumeurs de la parotide ou de toute autre nature de la partie supérieure du cou peuvent être enlevées avec succès.

Lorsque j'ai pratiqué d'autres opérations, j'ai été, comme dans les deux cas cités dans la thèse dont j'envoie un exemplaire, assez heureux pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie. Deux fois, de 1830 à 1840, j'ai enlevé des parotides réduites à l'état fibro-squirrheux et qui menaçaient seulement de devenir cancéreuses. L'opération et la guérison n'ont rien offert qui mérite d'être cité; mais celle que j'ai pratiquée en 1847, et qui a été rédigée par le docteur Floret, médecin ordinaire de la malade qu'il m'avait adressée et dont il a suivi lui-même presque tous les pansements, me paraît digne de fixer votre attention non par le fait de l'opération, mais parce que, malgré sa nature carcinomato-vasculaire et la fréquente repullulation de sa base, la guérison a pu être obtenue par des applications répétées de chlorure de zinc, et qu'une cicatrice solide adhérant aux apophyses styloïde et mastoïde a pu être

formée sans que depuis quatre années il se soit manifesté le plus léger indice du retour de la maladie.

Je remets cette observation telle qu'elle m'a été donnée par le docteur Floret, qui me pressait depuis plus de deux années de la publier ; mais j'ai voulu que le temps eût mis un sceau plus solide à la certitude de la guérison.

Obs. II. — *Ablation d'une parotide cancéreuse*, par le Dr Gensoul.

(Observation recueillie par le Dr Floret, médecin ordinaire de la malade.)

Mademoiselle Bernascon, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament nerveux et bilieux, d'une constitution délicate, éprouvant fréquemment des malaises gastralgiques, fut affectée dans son enfance d'une teigne faveuse qu'elle fit disparaître par des lotions d'eau froide sur la tête. A l'âge de quatorze ans, une tumeur apparut dans la région de la parotide droite. D'abord peu volumineuse, aplatie, insensible, elle ne fixa pas l'attention ; mais plus tard, comme elle faisait une saillie assez prononcée à l'angle de la mâchoire, la malade eut recours à son médecin, qui conseilla les frictions iodurées, mais sans obtenir aucun résultat.

L'âge de la puberté fut attendu comme une époque de délivrance, mais en vain. Chaque année la tumeur prenait un accroissement sensible ; et dans le courant du mois de mai de 1847 cette demoiselle me consulta pour la première fois.

La tumeur avait alors la forme et le volume d'un énorme coing ayant sa base appuyée sur l'apophyse mastoïde et sur la joue, soulevant la conque de l'oreille, s'enfonçant derrière la branche de la mâchoire, chassant en arrière le muscle sterno-mastoïdien, descendant sur le côté du cou et paraissant soudé aux vertèbres cervicales. Le sommet du cône était mamelonné, fluctuant, bleuâtre, ainsi que toutes les saillies que présentait sa surface.

Je pris l'empreinte en cire de la tumeur dans les premiers jours du mois de juin, et le mois touchait à peine à son terme que cette tumeur s'était considérablement accrue, que la fluctuation y devenait plus sensible, et que la peau, plus transparente, prenait l'aspect qu'elle contracte dans les engorgements variqueux et dans le

cancer hématode, si bien décrit par Maunoir, de Genève, et par le professeur Delpech.

L'opération ne pouvait être faite sans courir la chance de rencontrer les nerfs cervicaux et la carotide confondus dans le tissu de la tumeur, dont tout le réseau du nerf facial recouvrait la surface; mais c'était la seule chance de salut. Elle fut pratiquée le lundi 12 juillet 1847 par M. le docteur Gensoul, assisté par le docteur Pillet et par moi.

La malade, placée sur une chaise ordinaire, fut soumise à l'action anesthésique de l'éther, qui, provoquant au bout de trois minutes une toux sèche, occasionna une crise avec des contractions spasmodiques; mais bientôt le calme se rétablit, nous pûmes obtenir la résolution des muscles, le sommeil et l'insensibilité qui permit de commencer l'opération.

La tumeur fut cernée par deux incisions semi-elliptiques qui divisèrent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La dissection de sa partie antérieure fut poussée aussi loin que possible, dans l'espérance de détacher avec les ongles et des instruments mousses l'excédant de sa masse, sans avoir recours au bistouri pour la séparer des troncs artériels refoulés en arrière. Mais une grande partie étant soudée à la branche du maxillaire inférieur, le muscle masséter, le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe étant adhérents et presque confondus avec le tissu désorganisé, il fallut d'abord disséquer, isoler avec soin toutes ces parties. En arrière, au niveau des branches de la carotide interne, deux ligatures furent nécessaires.

La tumeur enveloppant l'apophyse styloïde et l'insertion du bouquet anatomique de Riolan, il fallut la détacher avec des ciseaux, et la dissection put être achevée sans accident. Un tubercule appuyé sur la carotide interne restait encore; il ne pouvait être détaché sans lésion grave, il fut lié à sa base au moyen de l'aiguille courbe.

La tumeur enlevée, le côté du col présentait une excavation profonde dans le fond de laquelle battait l'artère carotide, et se distinguait le nerf de la huitième paire. Toutes les parties importantes avaient été épargnées, à l'exception toutefois du nerf facial, que l'on dut sacrifier.

Le pansement fut fait avec des éponges poussées dans le fond

de l'excavation, et comprimant les petites artérioles qui n'avaient pu être liées, l'on plaça par-dessus des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage roulé.

L'agitation causée par l'éther se prolongea pendant une partie du jour, et l'appareil fut légèrement taché de sang. — Diète sévère; boissons émollientes ; potions calmantes; silence absolu.

Ces moyens amenèrent le calme dans la soirée; il continua pendant la nuit.

L'opération, à part la fièvre traumatique, ne fut suivie d'aucun accident gave. La plaie marchait promptement à cicatrisation, et cet immense vide se comblait d'un jour à l'autre avec promptitude. Les traits étaient déviés à gauche par la section du nerf facial, et dès les premiers jours du mois d'août la plaie, fermée en bas, ne persistait que sous le pavillon de l'oreille et derrière l'articulation du maxillaire inférieur, où le tubercule détaché par la ligature laissait encore une base dure et inquiétante.

Cette opération, qui avait nécessité une dextérité si grande, aidée d'une assurance acquise par une longue habitude, pouvait donc être considérée comme un succès brillant. La plaie, presque guérie, ne présentait qu'une petite surface fongueuse pouvant se recouvrir d'une cicatrice à l'aide de pansements bien faits et de quelques cautérisations au nitrate d'argent; mais ce succès, hélas! fut éphémère; il fallut poursuivre ce tissu fongueux, et pour le détruire il ne restait qu'un moyen, c'était des applications de chlorure de zinc bien dirigées et surveillées avec une extrême prudence; car on agissait autour de l'artère carotide.

Le 3 août, l'on fait une première application de sparadrap chloruré sur le cartilage de l'oreille et sur le conduit auditif, qui n'avait pu être entièrement dégagé par l'instrument. Le caustique reste en place pendant huit heures, et fait une eschare grise, sèche qui se détache le sixième jour. Les pansements furent continués avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat ou d'onguent digestif. Les bourgeons charnus ont un aspect rassurant; la plaie est de bonne nature.

Reste encore la base du tubercule, qui tient en bas à l'apophyse styloïde. Les bourgeons sont durs, grisâtres, blafards, à bords renversés, saignant au moindre contact.

Ces parties, fort épaisses, furent successivement recouvertes de

sparadrap caustique; et jusqu'au mois de novembre je poursuivis, par des applications répétées dix fois de huit en huit jours, leur tendance cancéreuse.

La plaie fut entièrement fermée à la fin de novembre. Du 12 juillet à cette époque, cinq mois furent donc nécessaires pour obtenir une guérison complète, et quatre ans pour proclamer un succès assuré.

Aujourd'hui, 1er août 1851, la cicatrice est solide et la malade jouit d'une parfaite santé.

Le tissu de la tumeur était, comme nous l'avions prévu, celui du cancer vasculaire encéphaloïde, c'est-à-dire un mélange de parties lardacées dures à l'état cru, et de points spongieux ramollis, noirâtres, au centre desquels étaient quelques kystes remplis d'un fluide sanieux mêlé de sang. Ces kystes donnaient à la tumeur l'aspect mamelonné.

M. Robert. Je m'élève contre une proposition trop absolue du rapport de M. Maisonneuve, à savoir que les tumeurs cancéreuses parotidiennes ont moins de tendance que les autres à repulluler; le cancer de la parotide n'a point cette immunité, nous le voyons se reproduire dans la première observation de M. Gensoul. Dans la seconde, la récidive n'est pas mentionnée; mais avait-on affaire à un véritable cancer? Depuis quelque temps j'ai eu occasion d'enlever des tumeurs parotidiennes qui me paraissaient bien évidemment cancéreuses. Eh bien! dans ces deux cas, un examen microscopique nous a démontré de la manière la plus évidente que les tumeurs enlevées étaient formées par l'hypertrophie d'un ou de plusieurs lobes de la glande parotide, dont le microscope démontrait tous les éléments. Ainsi l'hypertrophie glandulaire ne se rencontre pas seulement dans la glande mammaire, mais encore dans les glandes salivaires. Ce fait intéressant sera de ma part l'occasion d'un travail que je soumettrai à la Société.

M. Maisonneuve. En écrivant le rapport que je viens de lire à la Société, j'avais été frappé du vague qui existe encore sur les tumeurs parotidiennes, et je me suis demandé si certains éléments de la glande, en s'hypertrophiant, ne donneraient pas lieu à une tumeur. Je suis heureux de voir que M. Robert a observé ce que j'avais supposé, *à priori*, par l'absence de reproduction que l'on observe assez souvent à la suite d'ablation de ces tumeurs paroti-

diennes. J'ai eu occasion d'enlever une tumeur développée dans cette région, et qui s'était reproduite après une première ablation faite par Blandin ; il n'y a point eu de récidive. Il est un point de chirurgie pratique sur lequel l'opinion n'est point encore arrêtée ; je veux parler de la ligature de la carotide primitive, dans le but de prévenir une hémorrhagie pendant l'ablation de la parotide. Dernièrement ayant à enlever une tumeur volumineuse développée dans la région qui nous occupe, il pratiqua la ligature de la carotide primitive correspondante. Mais bientôt une hémiplégie survint, et deux jours après l'opération le malade succombait aux suites d'un ramollissement cérébral des lobes cérébraux correspondants. En raison de cette gravité, je rejette la ligature de la carotide.

M. Chassaignac. J'ai fait aussi la ligature de la carotide comme moyen préventif de toute hémorrhagie dans l'ablation d'une tumeur parotidienne ; je dois dire que la ligature que j'avais faite ne me fut d'aucun secours. La circulation, en retour, se fit avec tant de rapidité, que le sang pleuvait en quelque sorte dans la plaie nécessitée par mon opération. En raison de ce fait, je rejette la ligature de la carotide primitive faite d'une manière préventive dans l'ablation de la parotide.

M. Larrey croit utile de rappeler que Bérard (Auguste) a signalé dans une excellente thèse (1) les erreurs de diagnostic relatives non-seulement à la nature de l'altération ou de la dégénérescence de la glande parotide, mais encore au siége de la maladie, en indiquant les cas dans lesquels des tumeurs de la région parotidienne ont été extirpées pour des tumeurs de la glande elle-même.

M. Larrey ajoute que son père a rapporté un fait de ce genre (2).

**Présentation de pièces anatomiques.**

*Cas de croup avec extension des productions pseudo-membraneuses jusque dans les petites ramifications bronchiques.*

M. Morel met sous les yeux de la Société des poumons recueillis sur un enfant de quatre ans mort de la suite d'un croup. Les fausses membranes qui tapissaient la face interne du larynx et la trachée-artère pénétraient jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Ici la bronchotomie eût été complétement insuffisante.

---

(1) *Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne.* 1841.
(2) *Mémoire sur l'extirpation des glandes salivaires.* 1841.

**Anatomie pathologique d'une hydrocèle récemment opérée.**

M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un homme qui avait subi l'opération d'hydrocèle depuis cinq jours, et qui succomba le sixième jour de l'opération du tétanos. M. Huguier fera connaître dans la prochaine séance les détails du fait.

**Anévrisme de l'artère poplitée ; rupture du sac ;**
**par M. Boullay, interne du service.**

Au n° 258, hôpital Beaujon, service de M. Robert, est couché le nommé R..., négociant, âgé de trente-six ans. Cet homme, bien constitué, jouit ordinairement d'une bonne santé; il a eu, étant jeune, une carie du tibia droit; il n'a jamais eu d'affections syphilitiques ni rhumatismales. Son père est mort d'une maladie du cœur; un de ses oncles est mort subitement, sans qu'on ait su la cause de sa mort.

Né en France, il habitait l'Espagne depuis quelque temps, quand il y a cinq mois il éprouva en marchant, dans la jambe droite, de la fatigue, qui augmenta les jours suivants; une douleur vive se manifesta; des applications de sangsues furent faites et n'amenèrent aucun soulagement. La douleur augmenta, apparut dans le creux poplité une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, qu'on reconnut être un anévrisme. Le malade revint en France dans les premiers jours du mois d'août. Depuis ce temps, de la glace fut maintenue en permanence sur la tumeur, qui avait presque le volume du poing; elle ne produisit aucune amélioration.

Le 27 août, le malade éprouva dans le mollet une douleur très violente qui dura une heure environ; toute la jambe devint immédiatement très volumineuse, insensible, et toute la partie située au-dessous du mollet devint froide. Cet état persista jusqu'au 31 août; quelques phlyctènes se manifestèrent. Le malade fut transporté à Beaujon, où on constata l'état suivant :

Toute la jambe droite est énormément gonflée, distendue, violacée; la partie située au-dessous du mollet présente, outre le gonflement, quelques phlyctènes; elle est froide, complétement insensible. Tout le mollet et le creux poplité sont le siége d'une tension considérable; les mains, appliquées sur la tumeur, n'ont pas la

sensation de la fluctuation, mais d'un corps mollasse, situé profondément sous les tissus; on ne perçoit pas sensiblement les battements artériels, mais on voit parfaitement les doigts soulevés. L'auscultation montre un bruit de souffle très faible et très éloigné.

Toutes les artères superficielles des membres ne paraissent pas dilatées. Au premier temps on entend un léger bruit de souffle au cœur. Le malade est pâle; depuis près d'un mois il a refusé toute espèce d'aliment. Le pouls est petit, la peau un peu chaude et sèche.

On pratique ce matin l'amputation de la cuisse.

*Examen du membre.* — Une incision longitudinale, pratiquée à la partie postérieure du membre depuis le niveau de l'amputation jusqu'au talon, permet de constater une dilatation considérable de toutes les veines superficielles. L'aponévrose jambière est distendue considérablement, hypertrophiée. En l'incisant, on voit au-dessous les muscles jumeaux distendus et ecchymosés par places. L'artère disséquée peut être suivie jusqu'au niveau de l'insertion supérieure de ces muscles; il en est de même du nerf. En incisant le tendon d'Achille à trois travers de doigt au-dessus du talon, et en le disséquant de bas en haut, on voit que la tumeur est bridée et limitée par les insertions des muscles jumeaux et soléaire. Une incision longitudinale pratiquée entre les deux muscles jumeaux fait reconnaître un amincissement considérable de ces muscles, et conduit dans une cavité remplie de caillots sanguins, dont ceux qui sont placés supérieurement paraissent être les plus anciens. Cette cavité est limitée par les insertions des jumeaux, par l'aponévrose qui, unissant entre eux ces muscles, se prolonge sur la gaîne de l'artère poplitée, avec laquelle elle se confond par les jumeaux, le soléaire et la face postérieure de l'articulation du genou. En disséquant l'artère, on la suit intacte jusqu'au-dessous de l'interligne articulaire, où on la voit s'ouvrir dans la cavité précédemment décrite par une ouverture arrondie, dont le diamètre est celui de l'artère poplitée. A la partie inférieure du sac on voit une arrière-cavité permettant l'introduction du pouce, et qui n'est autre chose que le bout inférieur de l'artère poplitée dilatée. A 2 centimètres environ au-dessous, l'artère poplitée fournit la tibiale antérieure. Quand on a enlevé les caillots contenus dans la cavité, on la voit tapissée dans la moitié externe de la circonférence par une mem-

brane veloutée qui paraît être la tunique interne de l'artère rompue.

En aucun point l'artère ne présente d'altération; on n'y voit aucune espèce de dégénérescence.

Il résulte de ce fait que la lésion a commencé par la dilatation de la partie inférieure de l'artère poplitée, dont les tuniques se sont ultérieurement rompues par suite de l'accroissement et de la distension du sac.

Cette observation me paraît digne d'intérêt sous plusieurs rapports:

1° Le mode de formation du sac anévrismal diffère essentiellement de celui que l'on observe dans les cas ordinaires. Dans ces derniers, en effet, l'artère, dont les tuniques propres sont altérées, sans offrir cependant de dilatation notable, se perforent; et le sang s'épanchant sous la tunique celluleuse forme une poche ou cavité adossée au vaisseau et communiquant avec lui par une ouverture plus ou moins considérable. Dans le cas actuel on ne voit rien de semblable; l'artère semble être brusquement interrompue par le sac. Le bout supérieur conserve son calibre normal et l'intégrité de ses parois jusqu'au point où il s'abouche dans la cavité du sac. Quant au bout inférieur, il commence par une extrémité infundibuliforme assez large pour admettre l'extrémité du doigt; ouvert dans le sac par sa base, il va en se rétrécissant, jusqu'à ce qu'il soit réduit au diamètre normal de l'artère poplitée.

Ce cas est évidemment un exemple de ces anévrimes vrais dont Scarpa niait l'existence. Si j'insiste beaucoup pour en démontrer toutes les particularités, bien que aujourd'hui la doctrine du chirurgien de Pavie soit généralement regardée comme trop absolue, c'est que de nos jours quelques écrivains ont contesté la nature des faits que l'on avait opposés à cette doctrine, qu'ils ont tenté de réhabiliter.

2° L'accident qui a motivé l'amputation de la cuisse chez notre malade a été la rupture du sac et l'effusion du sang au sein des parties molles de la jambe.

Cet accident semblerait très rare, si j'en jugeais par le très petit nombre de faits analogues consignés dans les annales de la science, et cependant je l'ai observé trois fois dans l'espace de quelques années. Est-ce là l'effet pur et simple de ces hasards familiers aux chirurgiens? D'après ce que j'ai vu, et ce que la théorie permet de

pressentir, les conséquences de cet accident diffèrent suivant le siége de l'anévrisme et du point où le sac s'est rompu.

Dans un cas que j'ai fait connaître il y a près de trois ans à la Société de chirurgie, la maladie occupait la portion crurale de l'artère poplitée. Le sang s'était épanché d'abord dans le tissu cellulaire de la région postérieure de la cuisse, sans dépasser en bas le niveau de l'articulation du genou ; de là il s'était élevé le long du nerf sciatique jusqu'à la hanche, la fesse, et avait même pénétré dans la cavité du bassin.

Dans le cas actuel, et dans un troisième que j'ai observé il y a deux mois, l'anévrisme occupait la portion jambière de l'artère poplitée. Le sang, au lieu de remonter vers la cuisse, s'est répandu dans l'épaisseur du mollet et jusqu'à la partie inférieure de la jambe; très exactement circonscrit dans ses limites supérieures, il n'a jamais dépassé le niveau de l'insertion des muscles jumeaux.

C'est qu'en effet il existe une aponévrose, non décrite dans nos traités d'anatomie, qui divise la région poplitée en deux portions : l'une crurale et l'autre jambière. Cette aponévrose, qui recouvre la face postérieure des muscles jumeaux, confondue d'abord avec l'aponévrose jambière, se plonge dans l'excavation poplitée au niveau de l'insertion supérieure de ces muscles, et vient se continuer avec la gaîne des vaisseaux poplités. Cette lame fibreuse, très dense et très visible sur la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, doit naturellement intercepter toute communication entre la partie crurale et la partie jambière de la région ; elle s'oppose ainsi à la migration du sang de l'une dans l'autre.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* DEMARQUAY.

## *Séance du* 13 *septembre* 1851.

### Présidence de M. LARREY.

**Lecture et adoption du procès-verbal.**

—A l'occasion de ce dernier, M. Guersant, revenant sur les malades présentés par M. Monod, guéris de tumeurs érectiles considérables par l'usage du séton, constate d'abord les résultats heureux obtenus par M. Monod ; mais il ne peut admettre que le sé-

ton appliqué au traitement des tumeurs érectiles soit un bon mode de traitement, et il a vu des accidents mortels survenir à la suite de son usage; et pour lui, il préfère, comme étant inoffensives et donnant de bons résultats, les aiguilles de platine rougies à blanc et passées un certain nombre de fois à travers les tumeurs que l'on veut détruire. Depuis qu'il agit ainsi, il n'a éprouvé aucun accident, et il a obtenu des résultats avantageux.

A propos des pièces pathologiques présentées par M. Morel-Lavallée, M. Guersant fait observer que la présence de fausses membranes s'étendant à tout l'arbre bronchique n'est pas, pour lui, une contre-indication à la bronchotomie; il a opéré un enfant qui, depuis huit jours, rendait des fausses membranes développées dans les plus petites ramifications bronchiques et l'enfant a guéri. Pour lui, ce qui amène la gêne de la respiration et l'étouffement, ce sont surtout les fausses membranes développées sur les cordes vocales. Il a eu occasion de voir un enfant guérir d'un croup sans opération après avoir rendu des fausses membranes représentant parfaitement l'arbre bronchique jusque dans ses dernières divisions. Il ne faut donc pas rejeter la trachéotomie dans les cas analogues à celui rapporté par M. Morel; car dans ces cas le chirurgien peut encore être utile.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il avait affaire à un croup secondaire à une maladie exanthématique, et qu'il est généralement admis à l'hôpital des Enfants que la trachéotomie ne réussit pas dans ces cas. D'ailleurs, ajoute M. Morel, il n'y avait aucune fausse membrane sur les cordes vocales qui ait pu amener la mort.

**Nouveaux détails donnés par M. Vidal sur l'anatomie pathologique de la tumeur testiculaire qu'il a enlevée.**

M. Vidal. Permettez-moi quelques mots encore relativement à la tumeur des bourses que j'ai extirpée. Je tiens à rappeler :

1° Que, dans mes conférences à l'hôpital du Midi, j'ai considéré cette tumeur comme étant de mauvaise nature.

2° Quand je présentai le malade à la Société, je dis encore qu'il portait une tumeur *maligne*. Je ne me refusais par d'admettre dans sa composition le tissu fibreux, le tissu cartilagineux; mais, selon moi, l'élément cancéreux devait y être représenté.

3° Après l'extirpation, et la tumeur étant ouverte, on trouva qu'elle était formée surtout par une matière d'aspect tuberculeux. Il fut donc convenu que j'avais extirpé des tubercules. Mais, même en présence de cette pièce, fort de mon observation, et appuyé sur la règle qui veut qu'une tumeur solide et chronique d'un seul côté des bourses soit maligne, je persistai à la considérer comme telle.

J'en appelai au microscope et à l'observation ultérieure de l'opéré. MM. Robin, Gosselin et Galliet ont soumis cette tumeur à un examen microscopique minutieux. Je dois à l'obligeance de M. Robin une note très détaillée, dans laquelle les éléments sont décrits. Ceux du cancer s'y sont trouvés. C'étaient des noyaux, dit M. Robin, caractéristiques par leur quantité, leur grand volume, leur forme. Quant à la matière d'aspect tuberculeux, elle n'était nullement formée par des tubercules; c'était la *xanthose* de M. Lebert, élément qui se rencontre souvent dans le cancer du testicule et dans celui de l'ovaire.

Le microscope vient donc en aide ici à l'observation, et je m'en félicite. Mais je manquerais de franchise si je disais que j'aurais changé d'opinion sur la nature de cette tumeur en présence d'un résultat contraire. Je pense que l'observation clinique doit s'aider du microscope, mais qu'elle ne doit jamais fléchir devant lui.

**Communication.**

M. Huguier fait la communication suivante sur un mode de guérison de l'hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale après la ponction et l'injection, sur un sujet mort de tétanos le sixième jour de l'opération. Nouvelle espèce de tumeur des bourses, ou hydrocèle de la tunique vaginale.

Le 25 août 1851, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Amand (Jean), âgé de cinquante ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, pour être opéré d'une hydrocèle simple du côté gauche.

Le 27, l'opération par ponction et injection vineuse fut pratiquée; il y avait un litre et demi environ de sérosité citrine transparente dans la cavité de la tunique vaginale.

Le testicule était sain; ses dimensions, sa consistance, sa sensibilité étaient naturelles. L'injection fut peu douloureuse. Comme une première seringue ne semblait pas avoir rempli suffisamment

la cavité de la tunique vaginale, on essaya d'en pousser une seconde; une très petite quantité de vin parvint, cette fois, dans la tunique, la presque totalité étant remontée au-dessus du piston, qui jouait trop facilement dans le corps de pompe.

D'après la quantité d'injections sortie de la tunique vaginale, nous craignîmes qu'une portion du liquide n'eût passé dans le tissu cellulaire; nous pratiquâmes de suite deux mouchetures aux enveloppes du testicule, et nous pûmes nous convaincre qu'aucune partie de l'injection n'avait été poussée entre les enveloppes testiculaires; la seringue fut alors démontée, et on retrouva le vin passé au-dessus du piston. (Cataplasme sur les bourses.) L'inflammation et le gonflement consécutifs furent très modérés, il n'y eut pas même de fièvre. — Limonade; diète.

Le lendemain 28, pas de douleurs; c'est à peine si le volume de la tumeur était égal à celui qu'elle offrait avant l'opération. Pas de fièvre. — Deux potages.

Le 29 et le 30, même état. — Même prescription.

Le 31, dimanche matin, la tumeur commence déjà à diminuer. Le malade se sent très bien, et demande une portion d'aliments, qui lui est accordée. La piqûre de la ponction et les deux mouchetures sont cicatrisées. Dans la journée, il éprouve une forte émotion à la vue de plusieurs personnes de sa famille; le soir il se plaint à un malade de la salle d'un malaise qu'il attribue à l'agitation qu'il a éprouvée par le contentement d'avoir vu lesdites personnes. Nuit agitée; tête lourde.

Le 1er septembre, à la visite, il demanda deux portions d'aliments et de vin, auxquelles il n'a pas touché; après la visite, il se plaint d'un violent mal de tête et d'une pesanteur extraordinaire du cerveau; le visage était d'un rouge pourpre; sur l'observation qu'on lui fit, pourquoi il n'avait pas fait observer son mal à M. Huguier, il répondit qu'alors son indisposition était supportable; sinapismes aux jambes. Quelque temps après, il se plaint d'une douleur vive depuis le sommet de la tête et tout le long de la colonne vertébrale; il dit qu'il éprouve de la gêne et comme une paralysie dans les mâchoires, qui se fermaient insensiblement et malgré lui; que la gorge lui fait un mal affreux; qu'il a les mains et les jambes froides; les extrémités, en effet, étaient tout à fait froides.

L'interne de garde est appelé; l'opium est administré. Dans le

courant de la journée, les mêmes douleurs et pesanteur de cerveau augmentèrent graduellement; le malade se coucha sur le dos sans pouvoir prendre une autre position; sa tête se renversa en arrière; il lui fut impossible de la redresser; le tronc commença également à se renverser en arrière; la respiration était un peu gênée; une sueur abondante couvrait son corps; on voulut le changer de linge, ce qu'il fut impossible de faire, car aussitôt qu'on le touchait il jetait des cris arrachés par la douleur que lui causaient les moindres attouchements qu'on lui faisait en soutenant sa tête, qui, disait-il, était lourde comme du plomb. On se contenta alors de lui passer une alèze entre la chemise et la peau.

Le tronc se renversa de plus en plus en arrière; la respiration devint difficile; il fit voir que ses mâchoires étaient tout à fait fermées et qu'il lui était impossible de les ouvrir.

M. Moynier, interne du service, le visita alors, lui ordonna de nouveau de l'opium et un lavement purgatif; il fut impossible de lui faire prendre les pilules d'opium vu le resserrement des mâchoires qu'il cherchait lui-même à vaincre; le lavement fut rendu la nuit.

De minuit à une heure du matin, assoupissement, progrès de l'asphyxie; de une heure à trois heures et demie du matin, moment de la mort; il éprouva plusieurs secousses cloniques, se levant brusquement sur son séant à l'aide de la corde du lit, râlant et écumant, le tronc et la tête restant renversés en arrière.

### AUTOPSIE LE 3 SEPTEMBRE.

*Tête.* — Les méninges sont légèrement injectées; le liquide encéphalo-rachidien n'offre rien de particulier; le cerveau et la moelle offrent une consistance normale; les ventricules du cerveau renferment une petite quantité de sérosité légèrement rosée; congestion violente de toute la masse encéphalique, particulièrement de la substance grise; la blanche est un peu rosée et fortement piquetée de rouge; ce qu'il y avait de remarquable, c'était la violente congestion d'un rouge violacé de toute la substance de la protubérance annulaire, de telle sorte que les épanouissements nerveux qui la traversent étaient tout aussi visibles que si on les eût dessinés pour une démonstration anatomique. La moelle épinière,

dans toute sa longueur et son épaisseur, plutôt qu'à sa surface, était le siége de la même teinte d'un rouge violet.

Organes génitaux. — *Scrotum*. — A la partie inférieure, au niveau des piqûres qui sont cicatrisées, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs environ, une bien petite couche d'un liquide pultacé d'un blanc grisâtre détaché de la lymphe plastique ou de la sérosité mêlée à un peu de pus. Les autres tuniques testiculaires sont seulement un peu injectées et légèrement épaissies. Le cordon testiculaire, pas plus que les tissus environnants, n'offre la plus petite trace d'inflammation. Tunique vaginale légèrement épaissie, un peu injectée, ayant perdu sa transparence.

Voulant étudier avec soin l'état des parties qui étaient au-dessous et le mode de guérison de l'hydrocèle après l'injection, j'incisai avec attention longitudinalement et couche par couche la tunique vaginale jusqu'à ce que je fusse arrivé à la face interne. Voilà ce que j'ai trouvé :

Cette tunique, aussi bien sur la partie pariétale que sur la portion vésicale, était tapissée d'une pseudo-membrane demi-transparente, d'un blanc grisâtre, d'une consistance assez ferme ; la partie de cette fausse membrane qui tapissait le feuillet pariétal avait un millimètre d'épaisseur pour le moins; celle qui couvrait le feuillet testiculaire était moins épaisse; elle avait tout au plus un demi-millimètre ; elle était plus adhérente au périoste que celle qui couvrait le feuillet pariétal de la vaginale ; l'adhérence entre ces deux dernières parties avait lieu à l'aide de tractus ou de petits filets qui se déchiraient facilement; il n'existait aucun liquide entre les deux surfaces.

Cette nouvelle tunique, qui par sa disposition rappelait en tout celle de la tunique vaginale proprement dite, puisqu'elle était composée de deux feuillets, l'un pariétal et l'autre viscéral, était composée de couches ou de cellules concentriques bien unies les unes aux autres; on n'y distinguait pas à l'œil nu de fibrilles; elle ne renfermait aucun vaisseau; sa face interne, au lieu d'être libre, lisse et polie comme celle d'une séreuse, donnait naissance à une foule de lamelles très délicates, incolores, transparentes, se croisant en mille directions différentes, de manière à intercepter entre elles des cellules ou cavités irrégulières. Toutes ces cavités étaient

remplies d'une sérosité jaune très claire, semblable à de l'ambre; elles formaient tout autour du testicule, excepté vers le corps d'Hygmor, une masse ovoïde, qui avait près d'un centimètre d'épaisseur; cette masse se prolongeait en pointe arrondie entre l'extrémité supérieure du testicule et le cul-de-sac que la tunique vaginale envoie dans la base du cordon.

Pour se donner une idée exacte de la disposition organique de cette production anatomo-pathologique, il faut la comparer à celle du corps vitré; elle s'est moulée sur la cavité de la tunique vaginale et sur le testicule, comme le corps hyaloïdien s'est moulé sur la cavité intérieure de l'œil et sur le cristallin; comme lui, elle est formée d'une enveloppe extérieure, et comme lui elle renferme à l'intérieur des cellulosités très minces, transparentes, à peine visibles à l'œil nu, contenant de la sérosité, qui ici était jaune au lieu d'être incolore.

Si notre malade eût vécu plus longtemps, la sérosité contenue dans la cellule pseudo-membraneuse se fût peu à peu résorbée; l'intervalle continu entre le feuillet testiculaire et le feuillet pariétal se fût graduellement rétréci, et les deux feuillets seraient venus se mettre en contact, adhérant intimement l'un à l'autre par surface ou bien simplement par des filets celluleux, et la guérison eût été obtenue.

La connaissance de cette substance et de sa disposition explique parfaitement comment il se fait qu'après la guérison de l'hydrocèle et même longtemps après cette guérison, le testicule, quoique sain, paraît plus volumineux et souvent plus dur que celui du côté opposé. Si la sérosité, au lieu d'être résorbée, continue à être sécrétée par les cellules pseudo-membraneuses, il se formera dans le scrotum une tumeur qui, à part le manque de fluctuation, offrira tous les caractères d'une hydrocèle ordinaire.

Aussi ces masses pseudo-membraneuses et celluleuses infiltrées de sérosité ont-elles été prises pour une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale jusqu'à ce que l'opération par la ponction suivie d'incision ait démontré l'erreur du diagnostic.

Une simple inflammation de la tunique vaginale, sans opération préalable, pourrait sans aucun doute produire cette exsudation plastique cellulo-séreuse. Nous pouvons ainsi expliquer le développement de ces masses cellulo-vasculaire et séreuse plus ou moins vo-

lumineuses qui enveloppent le testicule et qui ont été également prises pour une simple hydrocèle vaginale; il peut même arriver que les deux affections existent ensemble; c'est ce que nous avons rencontré, il y a trois mois environ, sur un des malades de notre service; il suffit que cette double affection ait lieu pour qu'une partie du feuillet pariétal de la pseudo-membrane n'ait pas contracté d'adhérence avec la portion correspondante de la tunique vaginale, qui dans ce point continue à sécréter de la sérosité.

Chez le malade que nous venons de citer, et qui n'a subi aucune opération, la maladie était très ancienne; elle avait succédé à un violent effort pour ramasser à terre un corps très pesant. Il y avait même chez cet individu, qui était âgé de quarante-huit ans, trois espèces de tumeurs séreuses :

1° Une hydrocèle enkystée de la base du cordon ;

2° Une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale;

3° Autour du testicule, dans la cavité de la tunique vaginale même, une masse cellulo-séreuse infiltrée d'une sérosité jaunâtre et offrant tous les caractères de celle qui nous occupe; seulement l'enveloppe de cette masse était moins épaisse et presque transparente, ce qui tient probablement à l'ancienneté de la maladie; elle adhérait çà et là à la face interne du feuillet pariétal de la tunique vaginale par des filaments et. quelques membranes légères; son union était presque intime avec le testicule.

J'enlevai avec des ciseaux courbes une partie de cette masse, que je montrai le même jour à la Société de chirurgie dans la séance du 4 juin; elle fut remise à M. Lebert pour en faire l'analyse microscopique. Ce savant micrographe reconnut que ce produit anatomo-pathologique était composé de sérosité, d'une petite quantité de vaisseaux et de tissus cellulaires anormaux, n'ayant aucune analogie de structure avec le tissu cellulaire ordinaire ou tout autre tissu de l'économie; c'était une substance de nouvelle formation.

Ces deux faits, que nous venons de rencontrer dans un intervalle de temps assez court, viennent, en se donnant mutuellement appui, nous montrer qu'à part les quatre espèces de tumeurs séreuses ou d'hydrocèles des bourses généralement connues et admises sous les noms d'hydrocèles par épanchement de la tunique vaginale, par infiltration des bourses, par infiltration du cordon et enkystée du cordon, il en existe une cinquième espèce qui se ma-

nifeste dans un tissu de nouvelle formation, et que nous proposons de désigner sous le nom d'*hydrocèle spongieuse de la tunique vaginale*, pour ne pas la confondre avec l'hydrocèle par infiltration, soit du cordon, soit du tissu cellulaire des bourses. Cette cinquième espèce a déjà été rencontrée par plusieurs chirurgiens, mais aucun d'eux n'en a connu ni la cause, ni le mécanisme, ni la nature, ni les symptômes; elle n'avait été jusqu'à ce jour pour eux, comme pour nous, qu'une cause d'erreur de diagnostic. Peut-être qu'en tenant compte des antécédents, du manque de fluctuation et de tension de la tumeur, de sa mollesse, comme spongieuse et lipomateuse, parviendra-t-on un jour à la reconnaître sans une ponction préalable.

Le séton ou l'incision sont les deux méthodes de traitement qui nous paraissent mériter dans ce cas la préférence sur les autres moyens chirurgicaux; peut-être même accorderions-nous la préférence au séton qui n'expose pas à la lésion du testicule, à des fistules par renversement de la peau, ni à une inflammation aussi considérable.

Si, revenant maintenant aux accidents tétaniques graves qui ont enlevé notre malade, où rien ne pouvait faire soupçonner une aussi affreuse complication, nous nous demandons quelle a été la cause de cet accident, nous nous trouvons réduits à de simples suppositions. Il n'est pas probable que le tétanos ait été déterminé par les trois petites piqûres du scrotum qui étaient cicatrisées et nullement douloureuses. Lorsque la maladie s'est manifestée, les bourses n'étaient non plus le siége d'aucune douleur remarquable. A-t-il été produit par un courant d'air froid, par un refroidissement dans la nuit, qui nous aurait été caché dans la crainte d'une réprimande? ou bien a-t-il été la conséquence de la vive émotion que le malade avait éprouvée l'avant-veille? Je le crains d'autant plus, que le malaise, l'agitation, les douleurs de tête ont commencé le même jour, peu de temps après l'émotion. Il n'est cependant pas probable que cette violente secousse de l'âme, qui avait été pour lui très agréable, eût suffi à elle seule pour déterminer l'affection tétanique, si le système nerveux de ce malade n'eût été ébranlé par l'opération et le changement de toutes ses habitudes.

**Discussion.**

M. Robert. Je ne puis admettre que les accidents qui ont amené la mort du malade de M. Huguier puissent être rapportés au tétanos traumatique. D'abord ils se sont déclarés quand le malade était à peu près guéri, et les détails cadavériques fournis par l'autopsie prouvent en effet que ce malheureux a succombé aux suites d'une congestion de la moelle épinière et de l'encéphale. On sait déjà depuis longtemps que des accidents de ce genre peuvent se montrer avec une inflammation des méninges rachidiennes et de la moelle. M. Monod et moi avons rapporté des accidents tétaniques coïncidant avec ces inflammations. Tout récemment les chirurgiens militaires ont décrit avec soin une méningite rachidienne épidémique et qui simulait par ses symptômes la névrose connue sous le nom de tétanos.

M. Huguier. Pour moi le malade a succombé au tétanos. Les émotions morales vives que cet homme a éprouvées, l'ébranlement causé par l'opération, les phénomènes éprouvés pendant la vie, tout me porte à croire que mon malade est mort de tétanos. Peut-être pourrait-on rapporter au tétanos lui-même les altérations trouvées après la mort. En un mot, les congestions pourraient être considérées comme l'effet de la maladie plutôt que la cause.

M. Larrey. Si personne ne demande plus la parole sur cette question, je me permettrai d'y ajouter deux mots. On ne saurait méconnaître l'existence du tétanos traumatique dans le cas dont vient de parler M. Huguier. Les symptômes décrits par notre honorable collègue sont évidemment ceux d'un opisthotonos complet dont la cause première a été, selon moi, la maladie locale ou plutôt l'opération qu'elle a nécessitée, quoique la guérison fût déjà accomplie.

Nous savons tous qu'une blessure en voie de cicatrisation peut être suivie de tétanos, eu égard à des conditions spéciales, comme le siége, la nature de la lésion, certaines plaies, entre autres, par piqûre, par déchirure, soit des extrémités des membres, soit des parties génitales. Nous avons encore observé le même résultat sous l'influence de causes extérieures, telles que la chaleur extrême ou les variations brusques de la température. Il peut se faire enfin que des affections secondaires à l'affection principale ou symptô-

matique de la blessure favorisent à leur tour le développement du tétanos. C'est ainsi que des symptômes d'inflammation du cerveau, de la moelle ou des méninges, surgissent quelquefois comme complication des lésions accidentelles, déterminent des phénomènes tétaniques, entraînent une mort rapide, et se révèlent à l'autopsie par les caractères anatomiques d'une phlogose circonscrite ou diffuse de l'encéphale.

Voilà comment, si je ne me trompe, l'on peut apprécier l'origine et les causes du tétanos dans des conditions semblables, sans que l'on ait besoin de supposer, avec M. Robert, l'essentialité d'une méningite cérébro-spinale, ni le développement d'un tétanos spontané. Voilà enfin pourquoi je considère le fait dont M. Huguier vient de vous entretenir, comme démontrant la réalité d'un tétanos traumatique. Je proposerais seulement de l'appeler consécutif pour le différencier de celui qui serait primitif.

### Correspondance.

M. Lucas Championnière adresse le numéro de septembre de son *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique.*

M. Boys de Loury, secrétaire général de la Société de médecine, demande le deuxième volume de nos mémoires, et le premier de nos bulletins.

M. Larrey annonce à la Société que M. le professeur Roux a fait hommage à l'Institut du second volume de nos mémoires et du premier de nos bulletins. Cet honorable professeur a accompagné cet hommage d'une analyse rapide des principaux mémoires contenus dans ce volume.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à la Société un Mémoire sur les calculs urétraux et prostatiques. (Une commission composée de MM. Giraldès, Gosselin et Demarquay, est chargée de faire un rapport.)

### Rapport.

M. Demarquay fait un rapport verbal sur deux mémoires présentés à la Société de chirurgie par M. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux :

M. Soulé jeune, chirurgien distingué de Bordeaux, vous a adressé, il y a quelques mois, deux mémoires sur lesquels vous m'avez chargé de faire un rapport.

Le premier de ces mémoires parut en 1847, et il a pour titre : *Quelques réflexions sur les principales indications de la bronchotomie.* Sous ce titre modeste, M. Soulé a publié une dissertation très bien faite sur les indications de la bronchotomie. Il étudie avec un soin extrême, et il expose avec beaucoup de clarté les motifs qui devraient porter les médecins à recourir à la bronchotomie ; fidèle à ses principes, il a pratiqué trois fois cette opération dans le cas de danger extrême, et une fois il eut le bonheur de sauver son malade.

Il y a un certain ordre d'indications de la bronchotomie sur lesquelles les médecins sont généralement d'accord : telles sont celles qui résultent de la présence de corps étrangers s'opposant au passage direct ou indirect de l'air pour les besoins de la respiration. Le travail de Louis sur ce sujet et le fait rapporté par Habicot ont généralement porté la conviction dans les esprits ; et le dernier mémoire de M. Jobert publié sur ce sujet est de nature à ne laisser aucun doute sur l'opportunité de la bronchotomie dans le cas où un corps étranger est arrêté dans les voies aériennes. En effet, cet habile chirurgien a démontré, par des expériences directes, qu'un corps étranger ayant 4 lignes d'étendue en tous sens ne peut, à cause de la disposition particulière de la glotte, être rejeté au dehors par les efforts de la nature ; il a démontré, de plus, dans ce travail, les dangers et les altérations dont ces corps étrangers peuvent devenir la cause par les diverses positions qu'ils sont susceptibles de prendre et par leur contact avec la muqueuse bronchique. Ces désordres, il faut le dire, avaient vivement fixé l'attention des membres de l'Académie de chirurgie, et depuis, celle de beaucoup de chirurgiens distingués.

Sous ce rapport, il n'y a pas de doute dans les esprits. Lorsque les soins médicaux ont été insuffisants, l'opération est généralement acceptée. La statistique est également favorable à cette opération ; car, sur 59 opérations faites dans ce but, il y eut 42 succès et 17 revers ; mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la bronchotomie appliquée aux affections médicales proprement dites, comme l'œdème de la glotte, le croup, etc. Il existe encore, ou du moins il existait encore à l'époque où M. Soulé a publié son travail, une certaine résistance de la part de quelques médecins de Bordeaux à cette opération ; notre confrère a eu à se défendre

d'avoir eu recours à la trachéotomie dans les circonstances que nous avons mentionnées plus haut. Il manquait au travail de notre confrère l'autorité des chiffres : une statistique bien faite, jointe aux puissantes raisons qu'il invoque, eût sans doute convaincu tous les opposants; mais les travaux importants de MM. Trousseau et Sestier sur ce sujet n'étaient pas encore publiés.

Or, il résulte du travail de M. Sestier sur l'œdème de la glotte, ou l'angine laryngée œdémateuse, que, sur 107 cas d'autopsie, l'œdème est toujours resté limité au larynx, excepté six fois où il s'étendit à la trachée-artère, et une fois aux bronches; et une circonstance qu'il importe de noter, c'est que le liquide, dans le cas d'œdème de la glotte, est promptement résorbé. Cette tendance de la maladie à rester limitée au larynx, la promptitude avec laquelle elle disparaît sont, suivant moi, deux raisons qui militent en faveur de la bronchotomie; mais, outre ces raisons, il en est une plus puissante encore, et qui ressort des recherches de M. Sestier sur la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse : c'est que, sur 36 opérations faites pour remédier à la suffocation amenée par la maladie, il y a eu 13 succès et 23 morts; encore, dans ce cas, huit fois l'opération a été faite contre toutes les règles de l'art.

Il faut encore noter que très souvent l'œdème de la glotte survient à la fin de longues maladies, quand le malade est épuisé, ou encore comme complication d'affection chronique du larynx ou de l'arrière-gorge. Tel est le résultat brut de ces recherches; mais si on continue la lecture du savant mémoire de M. Sestier, on se convainc que l'opération qui nous occupe est d'autant moins grave qu'elle est faite sur des individus dont la constitution n'est point altérée par des maladies antécédentes plus ou moins longues et plus ou moins graves.

« En résumé, dit M. Sestier, la bronchotomie a réussi dans les » 3/4 environ des cas, lorsque l'angine infiltro-laryngée était liée » à une inflammation aiguë de l'arrière-gorge; l'opération a réussi » dans les 5/8e des cas, lorsque cette inflammation gutturale s'est » développée chez des sujets auparavant bien portants; et même » elle a réussi dans les 4/5e des cas, lorsque cette inflammation » gutturale apparue chez des individus bien portants était légère. » Bien au contraire, la bronchotomie n'a plus réussi que dans le

» 1/14e des cas, lorsque l'infiltration aryténo-épiglottique a été » symptomatique de laryngite chronique, et même elle a échoué » toutes les fois que cette infiltration a été consécutive à la laryn- » gite nécrosique ou sous-glottique. »

A l'époque où M. Soulé a publié son travail, il aurait pu invoquer quelques recherches statistiques à l'appui de sa thèse sur l'opportunité de la bronchotomie dans le cas de croup. En effet, malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouve souvent le chirurgien quand il est appelé à pratiquer cette opération, il résulte néanmoins, des recherches de MM. Velpeau et Jousset, que, sur 140 opérés suivant M. Velpeau, il y a eu 28 guérisons et 112 morts, et, suivant M. Jousset, 219 opérations ont donné 40 succès, c'est-à-dire qu'en combinant ces deux tableaux on arrive à 1/5e de guérison. Si nous prenons le dernier relevé statistique donné par M. Trousseau, nous voyons que, sur 169 trachéotomies, dont 11 pour maladie chronique du larynx et 158 pour croup, il a obtenu 43 guérisons, plus du quart; et si on ne tient compte que des opérations faites depuis le mois de janvier et avec certaines modifications opératoires, les résultats sont bien plus satisfaisants, car, sur 19 trachéotomies, il y avait 8 guérisons et un malade en traitement. La pratique de M. Guersant n'est pas moins heureuse. Pour toutes ces raisons, M. Soulé avait donc raison de défendre, à Bordeaux, la bronchotomie comme moyen d'obtenir la guérison des maladies médicales que nous avons signalées plus haut.

Le second travail de M. Soulé a pour titre : *Choix d'observations chirurgicales recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.*

Ce travail est intéressant par les faits qu'il contient, par la manière dont ils ont été recueillis et par les réflexions théoriques ou pratiques qui les accompagnent; il porte en effet sur beaucoup de points de chirurgie, et, par cela même, il échappe à l'analyse. Parmi ces observations, il en est une qui mérite de fixer votre attention; elle a pour titre : *Anévrisme de l'artère scapulaire inférieure; ouverture de la tumeur. Mort.* — Voici le résumé du fait. Un homme de cinquante-cinq ans se présente avec une tumeur axillaire qui date de quinze jours; une ponction est faite, et il s'écoule une certaine quantité de sang. Avant cette ponction, aucun signe ne pouvait faire admettre la présence d'un anévrisme. Des hémorrhagies se reproduisent, et le malade succombe. A l'au-

topsie, en isolant la scapulaire inférieure, on découvre une poche anévrismale dont il n'existe plus que la moitié postérieure, ayant la grosseur d'une noix environ, siégeant dans le point où cette artère contourne le bord axillaire de l'omoplate pour se rendre dans la fosse sous-scapulaire. Cette tumeur, doublement intéressante par le siége qu'elle occupait et par l'erreur à laquelle elle a donné lieu, doit être rapprochée de celles qui sont contenues dans le mémoire de Ribes.

J'ai cru devoir insister sur les travaux de M. Soulé; ils m'ont paru assez intéressants pour fixer votre attention. J'espère que vous voudrez bien en tenir compte, le jour où M. Soulé vous adressera un travail manuscrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— M. Marjolin commence la lecture d'un rapport étendu sur les travaux de M. Borelli.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 17 *septembre* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

#### Fractures de la clavicule.

M. Robert présente à la Société un malade traité par lui à l'hôpital Beaujon d'une fracture de clavicule par la position seulement. Le résultat obtenu est très avantageux..

#### Névrome plantaire.

*Rapport de M. Marjolin sur le travail de M. le docteur Borelli.*

Messieurs, dans la dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte de plusieurs travaux de M. le docteur Borelli, de Turin. Aujourd'hui je viens, au nom de la commission que vous avez nommée, vous entretenir d'un fait inédit fort curieux qu'il a adressé à la Société. Il s'agit d'une tumeur du genre des névromes développée sous le pied, sur le trajet d'un des nerfs plantaires, et ayant donné lieu à tous les symptômes les plus prononcés de cette affection nerveuse, généralement connue sous le nom de danse de Saint-Guy.

Autant que je puis le croire, d'après les recherches que j'ai faites, c'est la première fois que la danse de Saint-Guy est le résultat d'une pareille cause.

Voici l'observation de M. Borelli :

*Chorea Sancti Viti. Guérison par le moyen de l'ablation d'une double tumeur (névrome) sous la plante du pied droit.*

Je visitais dans le mois d'août 1844, aux environs de Turin, un jeune homme de treize ans, d'un tempérament nerveux sanguin, de constitution robuste, fils de parents également sains et robustes, qui se trouvait depuis cinq ou six mois en proie à une véritable *chorea Sancti Viti.* Tous les remèdes employés jusqu'alors n'avaient pu le calmer; au contraire, le mal ne faisait qu'empirer de jour en jour. Dans l'examen attentif que je fis de la maladie, il me fut impossible de découvrir en aucune manière quelque raison étiologique, ni dans les cavités viscérales, ni dans les centres nerveux, ni dans aucun des principaux systèmes organiques; je m'occupai alors à interroger toute la superficie du corps du malade, afin de m'assurer si, par hasard, il n'y aurait pas quelque raison matérielle qui pût expliquer l'origine et la persistance d'une pareille maladie. Je découvris alors que la plante du pied droit présentait une conformation toute différente de celle du pied gauche; qu'elle était beaucoup plus concave et plus profonde, et qu'environ au milieu de son tiers inférieur il existait une petite tumeur de la grosseur d'une amande. J'interrogeai alors les parents et le malade lui-même sur la présence de cette tumeur; j'appris qu'elle existait depuis les premières années de l'enfant; mais sous une forme plus petite, et que ce n'était que depuis quelques mois, c'est-à-dire environ à l'époque de l'apparition des premiers symptômes de la maladie, qu'elle avait augmenté visiblement, sans pourtant que l'enfant se soit jamais plaint d'en ressentir la moindre douleur ni la moindre incommodité au pied, soit en marchant, soit en faisant quelque autre mouvement, ce qui les avait induits à croire que la maladie ne procédait nullement de cette tumeur.

Je ferai observer cependant que la plante du pied étant beaucoup courbée, comme je l'ai dit plus haut, la tumeur se trouvait ainsi garantie de la pression qui aurait pu lui être occasionnée par la marche, et je ferai remarquer en même temps que probable-

ment cette tumeur avait dû, quelque temps auparavant, causer à l'enfant une incommodité quelconque, et que, par cette raison, il s'était vu forcé de s'appuyer de préférence sur la pointe du pied en marchant, et quelquefois même sur le talon, de sorte qu'il en résulta la forme arquée de la plante du pied, et cela instinctivement, sans qu'il ait pu en conserver ensuite aucune réminiscence.

Cependant, en voyant la gravité du mal qui affligeait cet enfant, je le fis amener à l'hôpital majeur de Saint-Maurice de Turin, auquel je suis attaché en qualité de chirurgien en chef. L'état du malade était vraiment déplorable, et son existence même menacée; car si dans le commencement de la maladie il n'éprouvait de sursauts nerveux que par intervalles, ils devinrent alors continuels; il ne pouvait plus se poser sur ses jambes sans que celles-ci ne fissent des mouvements comme pour marcher; ses bras remuaient sans cesse par un continuel mouvement de va-et-vient, en décrivant une espèce de demi-cercle autour de lui-même; et quand il se dirigeait du côté d'un objet pour tenter de le saisir, au lieu de s'en approcher directement, il était également forcé de faire un large mouvement semi-circulaire, puis sa main restait encore suspendue et tremblante sur l'objet avant de pouvoir s'en emparer. Le même phénomène se répétait lorsque le malade tentait d'approcher de sa bouche sa nourriture ou sa boisson, ce qui causait toujours une scène de dérision douloureuse pour le malade et pour les assistants eux-mêmes.

Les nuits étaient sans sommeil, et le malade ne pouvait se reposer de ses mouvements anormaux, qui finissaient par céder plutôt à une fatigue générale qu'à la volonté, devenue incapable de les dompter. Tout son corps se trouvait dans un état de tremblement général. On ne distinguait cependant aucune prédominance, ni de flexion, ni d'extension dans les mouvements musculaires. Les yeux tournaient toujours dans leurs orbites, et ne pouvaient se fixer directement sur quelque objet. La physionomie se trouvait tellement défigurée par les spasmes répétés de ses muscles, qu'elle n'était plus reconnaissable, même aux yeux des personnes qui l'avaient vu quelques semaines auparavant. Malgré cela, le reste des fonctions organiques s'opérait assez bien, et l'état de nutrition de son corps n'était pas encore trop altéré.

La tumeur se trouvait précisément sur la direction du nerf plantaire interne; elle semblait unique, immobile, isolée, peu profonde, présentant la forme et le volume d'une amande pas trop aplatie; la peau qui la couvre est tout à fait saine; aucun mouvement des doigts n'en est gênée; la compression ne lui cause aucune douleur, et la progression n'en est nullement incommodée. Toutefois, comme je l'ai déja dit, la cavité de la plante du pied est si arquée que la tumeur se trouve à l'abri de tout contact lorsqu'il marche.

Je commençai alors à préparer le malade pendant l'espace de quelques semaines par le repos, la diète et quelques remèdes rafraîchissants; ensuite je pratiquai l'ablation de la tumeur. L'opération consista en une incision longitudinale sur le milieu de la tumeur et l'écartement des deux lambeaux; l'extraction se fit alors très facilement; seulement, en examinant le fond de la plaie, je découvris une autre petite tumeur du volume d'un pois, qui m'a semblé développée sur le trajet d'une anastomose du nerf plantaire.

Ces deux tumeurs étaient évidemment de la même nature, présentant un aspect fibreux et une consistance dure; en un mot, elles semblaient n'être autre chose qu'une hypertrophie avec endurcissement de la texture nerveuse elle même.

La plaie fut réunie par première intention, mais sans aucune suture, pour ne pas empêcher tout à fait la suppuration de se développer, ce qui arriva, en effet, les jours suivants à la suite d'une légère inflammation.

Cependant, chose vraiment remarquable, le jour même de l'opération, les mouvements spasmodiques semblèrent perdre de leur intensité; mais ce changement pouvait aussi provenir de l'abattement qui suit ordinairement une opération chirurgicale tant soit peu grave. Le deuxième jour, ils furent évidemment moindres; le troisième, la diminution devint infiniment plus sensible, et le quatrième ils avaient disparu pour toujours.

La fièvre traumatique fut assez discrète, et dans un laps de temps d'environ vingt-cinq jours j'ai obtenu une cicatrice solide, et, par elle, la guérison a été complète et durable, comme j'ai pu m'en assurer par moi-même depuis peu de temps.

Suivant M. Borelli, les deux tumeurs observées chez son malade étaient de même nature; elles avaient un aspect fibreux, une con-

sistance dure; elles semblaient n'être autre qu'une hypertrophie avec endurcissement de la substance nerveuse.

Il ne s'agit donc point ici simplement d'une de ces tumeurs décrites sous le nom de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, mais bien d'un véritable névrome, c'est-à-dire d'une tumeur formée par l'hypertrophie ou la dégénérescence de la substance nerveuse elle-même. J'insisterai d'autant plus sur ce point que, bien que de nos jours l'histoire des affections nerveuses ait fait de grands progrès par suite des recherches d'anatomie pathologique, il reste encore beaucoup à faire pour éclairer ce point. Ainsi, il paraît, d'après les données qui existent aujourd'hui, bien difficile de dire, avant d'avoir la pièce pathologique sous les yeux, si on a affaire, dans quelques cas de névralgie, à une tumeur fibro-celluleuse enkystée située sur le trajet d'un nerf, ou à un véritable névrome. Ce fait est cependant de la plus haute importance pour l'opération comme pour le pronostic: car, dans un cas, on devra seulement disséquer la tumeur et l'enlever avec une plus ou moins grande quantité de tissu cellulaire environnant; dans l'autre, au contraire, il faudra réséquer toute la portion de nerf atteinte par la maladie.

Une autre considération de la plus haute importance, c'est de préciser si ces deux affections, qui ont une si grande ressemblance sous le rapport des signes, sont constituées par une même sorte de dégénérescence. En parcourant les auteurs qui ont traité ce sujet, j'ai été frappé surtout de ce fait: c'est que, dans la majorité des cas, toutes les deux étaient très graves par leur nature; qu'elles étaient susceptibles de dégénérer en squirrhe, et qu'assez souvent elles récidivaient.

Ne voulant pas, dans cette appréciation, sortir des limites de l'étendue d'un rapport, je me bornerai à dire que, si de notre temps les recherches micrographiques ont pu éclairer quelques points de la pathologie, l'affection dont il s'agit est une de celles qui doivent fixer l'attention des observateurs; il est très important d'établir d'une manière nette et précise si les névromes et les tumeurs dites fibro-celluleuses sont des affections susceptibles de dégénérescence cancéreuse, et si, par cela même, il faut les ranger dans une seule et même classe.

Il est d'autant plus important de bien spécifier quelle est la nature des névromes que, dans un cas cité par Descot, le névrome

avait disparu graduellement et, avec lui, tous les accidents auxquels il donnait lieu.

Ce n'est pas qu'on ne trouve point dans les tumeurs qui se développent dans les nerfs toutes les différences de structure qui s'observent dans d'autres parties de notre économie ; mais comme la plupart des auteurs ont insisté sur la fréquence des dégénérescences fâcheuses, j'ai cru devoir fixer votre attention sur ce point.

Bien que le travail manuscrit de M. Borelli se compose seulement d'une observation, il a cela d'intéressant qu'il peut éveiller l'attention des praticiens sur quelques genres de névroses dont la cause est souvent fort obscure. En effet, pour se convaincre de la difficulté du diagnostic dans certaines névroses, il suffit de parcourir les auteurs qui ont traité de ce sujet. Ce fait est encore doublement intéressant, en ce qu'il se rencontre chez un enfant (chez les enfants les névromes sont généralement très rares), et qu'il a donné lieu à une affection nerveuse générale plutôt qu'à une affection nerveuse locale.

On ne doit pas s'étonner du trouble général de l'innervation qui a accompagné le développement de cette tumeur, lorsqu'on songe à tout ce que devait souffrir cet enfant en marchant ; chaque pas devait réveiller la douleur, et on se représente facilement toutes les contorsions que la marche devait susciter. Il se trouvait dans une position analogue à celle d'une personne qui aurait un corps étranger dans le pied et, ne pouvant poser le pied à plat, marcherait tantôt sur l'extrémité des orteils, tantôt sur le talon ; par une sorte de mouvement instinctif, les orteils se fléchissant, le pied finirait par se courber pour former une sorte de voûte protectrice.

Telle était l'observation dont j'avais à vous rendre compte ; cette observation était accompagnée de plusieurs mémoires imprimés dont vous avez entendu l'analyse dans la dernière séance. Votre commission, ayant pris connaissance de ces divers travaux, a l'honneur de vous proposer :

1° L'insertion de l'observation dans les comptes-rendus des séances ;

2° D'admettre M. le docteur Borelli, de Turin, au nombre des membres correspondants.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

**Correspondance.**

M. Gansoul remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire en lui conférant le titre de membre correspondant.

**Taille bilatérale faite avec succès. — Réflexions sur la taille.**

M. Chassaignac lit l'observation suivante :

Aubé (Jean-Baptiste), soixante et un ans, tisserand, entre le 27 juin 1851 à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme est atteint d'un calcul de la vessie, facile à reconnaître par le cathétérisme et qui s'accompagne depuis sept ans à peu près de la plupart des phénomènes auxquels donne lieu la présence d'un calcul vésical. Les douleurs sont devenues tellement vives que le moindre ébranlement communiqué au lit du malade lui arrache des cris.

Le 14 juillet, le malade est soumis au chloroforme et subit l'opération de la taille bilatérale par le procédé de Dupuytren.

L'opération ne présente à noter que deux circonstances :

1° L'ouverture de l'artère latérale gauche du bulbe, qui donna un jet de sang presque aussi volumineux que celui qu'on aurait pu attendre de la honteuse interne. Cette artère, liée au moyen du ténaculum, n'a donné lieu à aucune hémorrhagie ultérieure.

2° La fragmentation du calcul sous les tenettes. Cette fragmentation a nécessité trois ou quatre réintroductions de l'instrument. Elle a exigé un soin particulier pour s'assurer qu'aucun fragment n'était resté dans la vessie et des douches vésicales énergiques pour expulser tous les résidus du calcul. Le fragment le plus volumineux présente 3 centimètres et demi de longueur, sur 2 centimètres et demi de largeur et 1 centimètre et demi d'épaisseur.

Le malade est revu trois quarts d'heure après l'opération. On le trouve dans un état effrayant : la face grippée, le pouls petit et misérable, en proie à un frisson que rien ne pouvait apaiser. On regarde la plaie, point d'hémorrhagie. On attribue ce frisson à l'action du chloroforme, et pour cette raison on le désigne sous le nom de *frisson anesthésique.*

Ce n'est que par l'emploi des moyens les plus énergiques que l'on parvient à faire cesser l'état algide et seulement au bout de deux heures. Cette circonstance mérite d'être notée, car c'est peut-

être à un frisson de ce genre qu'est due la perte de sujets qui, après un emploi prolongé des anesthésiques, ont succombé quelques heures après l'opération. Il y a donc lieu de surveiller avec encore plus de sollicitude que cela n'a lieu d'ordinaire les suites du collapsus anesthésique après les grandes opérations.

Chez ce malade, une canule périnéo-vésicale a été placée dans la plaie de l'opération à l'effet de rendre plus assuré l'écoulement de l'urine au dehors et de prévenir toute infiltration urineuse.

Retour des urines par les voies normales le quatrième jour, malgré la permanence de la canule périnéale.

Le huitième jour, tentative de cathétérisme suivie dans la soirée d'un frisson très intense.

Le 4 août, vingtième jour de l'opération, le malade se lève et descend au jardin.

Voici les réflexions dont cette observation est accompagnée.

Dans les diverses introductions du doigt que j'ai eu l'occasion de faire dans le cours de cette opération soit pour reconnaître directement l'état de la plaie, soit pour m'assurer de l'extraction complète des débris du calcul qui s'était brisé sous les tenettes, j'ai pu constater deux choses :

1° Le passage très facile du doigt à travers la plaie en V faite par le lithotome double à la prostate;

2° La parfaite régularité, l'absence de toute déchirure à la plaie prostatique.

Le facile passage à travers la plaie est une des supériorités de la taille bilatérale sur la taille latéralisée. Il est évident que si vous divisez du même coup la prostate dans deux de ses plus grands rayons, vous avez, non pas dans la proportion du double, mais dans une mesure susceptible d'être géométriquement démontrée, une facilité plus grande à extraire le calcul. Nous ne comprenons pas que l'on puisse contester cet avantage et que l'on préfère systématiquement l'incision unilatérale à celle qui se fait sur les deux côtés de la prostate à la fois. Nous ne pouvons attribuer qu'à des habitudes d'opérateur l'usage que conservent encore de très habiles praticiens de recourir à la taille latéralisée. Mais si les habitudes de l'opérateur doivent être traitées avec égard, il y a quelque chose de plus respectable encore, c'est le choix le plus judicieux et le plus profitable des procédés opératoires. Compenser l'insuffisance

de la plaie prostatique par la déchirure que doit faire pour se livrer passage un calcul tiré avec force et dire comme atténuation qu'une plaie par déchirure possède certains avantages que n'a pas une plaie par incision, eu égard surtout au point de vue de l'hémorrhagie, c'est étayer d'une bien pauvre raison une manière de faire irrationnelle et presque barbare. Compenser l'insuffisance de la plaie unilatérale par une incision secondaire que l'on prétend placer plus opportunément que la grande plaie oblique, dont on se prive en n'agissant d'abord que sur un seul côté et prétendre qu'on obtient ainsi en deux temps une ouverture plus spacieuse que celle donnée par le lithotome double, c'est appuyer par une argutie géométrique un procédé opératoire essentiellement défectueux.

Le débridement après coup d'une plaie première faite à la prostate est une opération plus difficile qu'on ne croit à bien exécuter et de plus il fait courir des dangers réels. Couper à une très grande profondeur un tissu aussi résistant que celui de la prostate, surtout chez les vieillards atteints de calcul ; donner à l'instrument, même boutonné, une certaine course de va-et-vient (car ici il est impossible de couper par simple pression, comme on le fait dans la hernie pour le débridement des anneaux) expose à de graves inconvénients; donner au débridement l'étendue justement nécessaire sans sortir des limites de la prostate, en un mot, sans rester en deçà ou sans aller au delà de ce qu'exige la sortie sans violence du calcul est un tour de force aussi heureux qu'habile quand on se sert du bistouri. Il faut bien remarquer que tous les instruments destinés à la division du tissu prostatique ont été pourvus d'une très grande puissance par les fondateurs de l'opération, qui avaient peut-être un sentiment plus exact de certaines conditions du procédé opératoire que ne l'ont beaucoup de chirurgiens modernes. Et cela est facile à comprendre. Les fondateurs faisaient en quelque sorte par centaines des opérations qui, dans la pratique des chirurgiens actuels, ne se présentent quelquefois qu'à d'assez longs intervalles. Ils avaient donc compris qu'il fallait beaucoup de force pour bien ouvrir le col de la vessie. Aussi comparez l'énergie d'action du lithotome du frère Côme, du gorgeret d'Hawkins avec celle que peut avoir un bistouri à long manche agissant par son extrémité seule au fond d'une plaie pareille à celle de la taille latéralisée.

Les instruments anciens, gorgerets et lithotomes, sont évidem-

ment disposés pour avoir une force en quelque sorte irrésistible. Voyez leurs manches. C'est toujours en les saisissant à pleine main et en agissant par un mouvement de totalité du poignet que le chirurgien accomplit avec eux la section des tissus. De plus, il est dans le mécanisme de ces instruments de s'adosser toujours à un point fixe et même de donner à la prostate des conditions particulières de stabilité, afin qu'au moment de l'action cet organe ne puisse éluder l'effort qui le divise. Dans l'emploi du gorgeret, l'adossement au point fixe s'effectue par la pression de l'instrument contre la cannelure du cathéter. Dans l'emploi du lithotome l'instrument porte en lui-même, puisque la gaîne dont il est muni fait contre-appui à la lame.

Ce sont ces dispositions instrumentales et l'indication dont elles découlent, à savoir : la très difficile section du tissu prostatique, qu'on devrait un peu plus méditer quand on parle de ces débridements après coup comme de la chose du monde la plus simple. Ne semblerait-il pas qu'il s'agit tout bonnement de la section d'une bride filamenteuse ou de l'agrandissement d'une ouverture purement annulaire?

L'absence de toute déchirure à la plaie prostatique dans l'observation que nous avons rapportée est un fait d'un certain intérêt pratique, en ce sens que la construction du lithotome double expose d'une manière presque inévitable à un peu de dilacération au moment où on le fait pénétrer dans la vessie.

Voici mes observations à ce sujet ;

A l'époque où je faisais des cours de médecine opératoire, j'avais l'habitude de procéder à une autopsie attentive des résultats de l'opération exécutée sur tous les cadavres servant aux manœuvres opératoires. Je trouvais toujours une déchirure au sommet du V que forme l'incision prostatique. J'attribuai d'abord cette déchirure à la violence exercée par le bec du lithotome au moment où l'on franchit le col de la vessie. Plus tard, je m'aperçus que la déchirure tenait à ce que, dans le mouvement énergique de pression qui peut seul donner la certitude de ne pas abandonner la cannelure du cathéter, le lithotome subissait un redressement de sa courbe par suite duquel les lames sortaient de leur gaîne dans une faible étendue, à la vérité, mais assez pour que l'instrument ne pénétrât dans la vessie qu'à l'état de déploiement commencé. Le lithotome dou-

ble dont je me servais lors de ces premières remarques servait depuis longtemps. Je crus d'abord que l'inconvénient déjà signalé tenait à la défectuosité et à l'usure de ces instruments; mais j'ai acquis la preuve que les lithotomes doubles les mieux faits et entièrement neufs n'en sont point à l'abri.

Cet inconvénient a donc été évité chez notre malade, et j'ai la conviction que notre excellent et habile collègue M. Guersant sait également s'en affranchir dans ses opérations si heureuses de taille bilatérale chez les enfants. Mais que faut-il pour s'y soustraire dans tous les cas? Deux choses :

1° Un peu de diminution dans le degré de courbure du lithotome double ;

2° Une pression, je ne dirai pas modérée, du bec de cet instrument, car le temps de l'opération par lequel on fait pénétrer le lithotome dans la vessie devient excessivement dangereux si l'opérateur a le malheur de tenir mollement le bec du lithotome contre la cannelure, mais du moins une pression qui ne soit pas assez forte pour faire sortir les lames.

Entre autres circonstances à remarquer dans l'observation qui vous a été lue, nous rappellerons les deux frissons qui eurent lieu chez le malade, l'un dès le jour même de l'opération et que nous avons qualifié de *frisson anesthésique ;* le second, qui survint le huitième jour de l'opération, et qui paraît dû aux tentatives du cathétérisme faites dans le but de hâter le moment où l'urine reprendrait son cours par les voies naturelles. Le temps qui doit s'écouler entre une opération de taille périnéale et le moment où il est opportun, ou, si l'on veut, permis de sonder par l'urètre, n'est pas exactement déterminé. Peut-être devrait-on s'interdire tout à fait le cathétérisme pendant un temps assez long à la suite des opérations de taille.

Le malade qui a fourni matière à ce travail a été suivi depuis sa sortie de l'hôpital, et aujourd'hui, 24 septembre, il est parfaitement bien, et a repris ses forces et ses occupations.

### Discussion.

M. Maisonneuve. M. Chassaignac demande à quelle époque se rétablit le cours des urines. C'est là une chose variable suivant les individus; et quant aux tentatives de cathétérisme après l'opération

de la taille, c'est là une de ces opérations que j'abandonne depuis longtemps, et à laquelle je n'ai recours que dans des cas exceptionnels. J'abandonne donc les malades à eux-mêmes dans toute espèce de taille, et les urines se rétablissent d'elles-mêmes. Je ne crois pas que la lésion du V formé par l'opération de la taille bilatérale, signalée par M. Chassaignac dans la partie moyenne de la prostate, soit le résultat de la sortie de la lame du lithotome double. Si cela a lieu, l'instrument est nécessairement mauvais.

M. Guersant. Je n'admets pas non plus que le lithotome puisse produire ce dont on l'accuse, la force employée dans cette circonstance n'est pas suffisante pour donner un pareil résultat, à moins que l'instrument ne soit mauvais. Je ne comprends pas non plus pourquoi M. Chassaignac met une canule périnéale. Cette dernière n'est applicable qu'au cas où le chirurgien est appelé pour arrêter une hémorrhagie.

M. Chassaignac persiste dans sa manière de voir, et résume les raisons que nous avons mentionnées plus haut.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 24 septembre* 1851.

### Présidence de M. Guersant.

#### Présentation de malades.

M. Chassaignac présente deux malades traités à l'hôpital Saint-Antoine, l'un pour une hydrocèle enkystée du cordon, l'autre pour une hématocèle.

L'hématocèle s'est produite dans des circonstances qui ont donné au diagnostic une certitude qu'il n'a pas toujours dans ce genre de maladie et à l'étiologie une évidence incontestable. Ceci a de l'importance pour quelqu'un qui veut suivre l'évolution et les transformations successives de la maladie.

Un homme de trente et un ans, fort et bien portant, n'ayant jamais eu aucun engorgement dans les bourses, essaie de monter en selle sur un cheval lancé au galop. Il tombe et, dans sa chute, se froisse violemment le scrotum contre une des pièces du harnais. Il entre à l'hôpital ayant cette énorme tuméfaction globuleuse, qui

est, avec la couleur bleue, caractéristique de l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. Mais, dès l'entrée du malade, on distinguait parfaitement au milieu de la masse globuleuse la distension ovoïde allongée, fluctuante et avec dureté plus grande de la tunique vaginale gauche. On diagnostiqua dès cette époque une hématocèle. Le malade sort sans attendre la guérison; mais, quinze jours après, il revient ayant à gauche la tumeur pyriforme qui se produit dans tout épanchement de la tunique vaginale, et de plus l'absence absolue de transparence qu'on trouve dans l'hématocèle.

L'hydrocèle enkystée existait chez un jeune serrurier âgé de quatorze ans. Lors de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, on constate dans la bourse du côté gauche une tumeur oblongue, fortement recourbée en avant et à la partie antérieure du sommet, de laquelle on reconnaît le testicule parfaitement distinct du reste de la tumeur. Le cordon, sous forme d'une bande aplatie, de la largeur du petit doigt, striée par des interstices lumineux, va contourner la partie la plus déclive de la tumeur pour remonter en arrière et un peu en dehors.

Le malade est présenté avant d'être opéré, le 3 septembre 1851, à la Société de chirurgie.

Le 4 septembre, une injection avec une solution très faible de nitrate d'argent est faite dans l'hydrocèle (1 gramme de nitrate pour 2,000 grammes d'eau). C'est la proportion à laquelle s'est arrêté M. Chassaignac après de nombreuses tentatives. Dans le cours du traitement, qui n'a été entravé par aucun accident, on a été témoin d'un phénomène assez curieux, c'est la production artificielle et par simple phlegmasie de voisinage d'une hydrocèle de la tunique vaginale, de telle sorte que le testicule était entouré d'une atmosphère liquide tout à fait distincte de la tumeur formée par le kyste.

Dès le 18 septembre, quinze jours après l'opération, l'hydrocèle enkystée était remplacée par une petite nodosité comme pierreuse. C'est dans cet état qu'il a été présenté de nouveau à la Société de chirurgie le 24 septembre.

— M. F. Martin présente à la Société de chirurgie un jeune homme amputé de la jambe au lieu d'élection; ce jeune homme porte un membre artificiel que M. Martin a doté d'un nouveau perfectionnement, à savoir : que, tout en conservant la flexibilité du

genou et sans avoir besoin de toucher aucune pièce de l'appareil, le malade peut donner une grande rigidité au genou dans la station perpendiculaire, puis marcher lentement ou rapidement; en un mot, agir à volonté sur le membre artificiel absolument comme au moyen de muscles énergiques.

M. Martin rappelle que déjà, à l'aide de la disposition qu'il a donnée à l'articulation du genou de ses membres artificiels destinés au cas d'amputation de la cuisse et de la jambe au lieu d'élection, le malade pouvait fléchir le genou en marchant; mais les appareils tels qu'ils étaient présentent l'inconvénient de rendre la progression un peu lente. En effet, si l'on conserve cette disposition, lorsque le genou est porté en avant il faut attendre que le pied, par un mouvement de balancement semblable à celui du pendule, vienne se porter dans l'extension; en un mot, il faut attendre que l'axe de la jambe arrive se placer dans le prolongement de celui de la cuisse avant que l'amputé puisse reposer sur elle.

A l'aide de la nouvelle modification, ce temps d'arrêt ou plutôt de retard n'existe plus; le malade est maître du membre artificiel à ce point de pouvoir faire 120 pas à la minute, c'est-à-dire de marcher aussi vite que la personne la plus agile.

Cette modification est très simple : elle consiste en une longue courroie attachée par l'une de ses extrémités à la partie supérieure et antérieure du pied. Cette courroie monte dans l'intérieur de la jambe, passe sur la face antérieure du genou et vient se terminer par une boucle située au niveau de la partie supérieure de la cuisse. Une large bande en tissu s'attache à cette boucle et, faisant bretelle, vient se rattacher à la partie latérale de l'appareil après avoir passé sur l'épaule du côté opposé.

On conçoit que le malade, soulevant tant soit peu l'épaule, tend la bretelle; que cet effet de traction est transmis à la longue courroie dont nous venons de parler. Cette courroie, passant sur la face antérieure du genou, tend à porter celui-ci dans l'extension et agit sur ce point à la manière du muscle triceps fémoral. L'effort, se continuant, vient relever la pointe du pied et empêche qu'elle ne rencontre les inégalités du sol.

M. Martin raconte que c'est en essayant l'action d'un moyen proposé par Amb. Paré pour le cas de paralysie de l'un des membres inférieurs qu'il a été conduit à faire subir une modification aussi

heureuse à ses membres artificiels pour le cas d'amputation de la cuisse ou de la jambe au lieu d'élection.

Ainsi maintenant, quel que soit le point où un membre inférieur ait été amputé, il est possible non-seulement de remplacer le membre par un appareil qui en reproduit les formes, mais même en détail et presque de tous points l'action.

— M. Martin présente en même temps un appareil construit d'après les mêmes données et applicable à un cas de paralysie du membre inférieur. Cet appareil a déjà été appliqué avec un tel succès, que le malade, M. de B..., de Francfort, a pu visiter l'exposition de Londres, où il a marché pendant sept heures sans prendre le moindre repos.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

1° M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, adresse à la Société une lettre de remercîments pour l'envoi qui a été fait à l'Institut du tome II de nos *Mémoires*, et du Ier volume de nos *Bulletins*.

2° M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, adresse à la Société, par l'entremise de M. Laborie, une observation de calculs développés dans les fosses nasales. Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Mascarel.

### Communication.

M. Huguier, ayant eu récemment occasion de pratiquer la taille hypogastrique dans des conditions particulières, et le malade étant mort par suite de cette opération, donne les détails suivants :

Un homme âgé de trente-quatre ans, d'une constitution assez chétive, entra à l'hôpital Beaujon le 14 septembre pour s'y faire soigner d'un catarrhe de vessie datant de deux ans. Les symptômes morbides étaient d'ailleurs peu prononcés ; ils consistaient surtout en des envies fréquentes d'uriner et en des douleurs vésicales plus incommodes par leur persistance que par leur intensité. Les caractères physiques de l'urine ne semblaient pas être notablement changés. L'exploration de la vessie donna la sensation d'un corps résistant et inégal. Quelques mouvements imprimés à la sonde, en vue de s'éclairer sur la cause de cette sensation, ne laissèrent aucun

doute sur l'existence d'un calcul. Le bruit produit par le cathéter est assez fort pour être entendu des assistants. Le bruit et la résistance éprouvés par le cathéter se faisaient surtout sentir à la partie antérieure. Le calcul paraît volumineux, même après une dernière exploration dans laquelle la vessie avait été distendue par une certaine quantité de liquide.

Il fut décidé qu'on aurait recours à la taille hypogastrique : celle-ci fut faite d'après toutes les règles de l'art ; et en suivant le procédé adopté par M. Le Roy-d'Etiolles, elle permit d'arriver promptement dans la cavité vésicale. Mais le péritoine a été un peu lésé dans ce temps de l'opération. Le calcul extrait du réservoir urinaire avait pour noyau un porte-plume, et ce dernier était placé transversalement, de telle sorte que la cavité vésicale se trouvait étendue dans le sens transversal, et non pas vertical, circonstance qu'il importe de noter, en raison de l'accident qui est survenu pendant le cours de l'opération.

**Discussion.**

M. Maisonneuve. Je crois qu'il est toujours possible, dans la taille hypogastrique, d'éviter la lésion du péritoine ; il suffit, pour cela, de prolonger l'incision jusqu'au-devant de la symphyse pubienne, et de se servir pour inciser les téguments de l'aponévrotome de frère Côme. En me servant de cet instrument j'ai pu, sur le cadavre, inciser jusqu'à l'ombilic sans intéresser le péritoine. Je crois, en outre, qu'il importe de bien décoller la paroi antérieure de la vessie ; de cette façon, on rend l'opération plus facile, et cette circonstance ne nuit en rien au succès de l'opération, attendu que la hernie produit toujours ce résultat.

M. Huguier. Je ferai remarquer à M. Maisonneuve qu'il n'est pas aussi facile d'éviter sur le vivant la lésion du péritoine que sur le cadavre. Dans la circonstance où je me trouvais, il était difficile d'éviter la lésion de cette membrane ; d'abord, à cause de l'étendue transversale de la vessie et de la difficulté de faire manœuvrer la sonde à dard dans l'intérieur de cet organe ; ensuite il ne faut pas oublier que, sous l'influence de la douleur, les malades font des efforts qui chassent les viscères vers la partie inférieure de la cavité abdominale, et que c'est là une circonstance qu'il importe de ne pas oublier dans la pratique de la taille sus-pubienne.

M. Chassaignac. Je n'admets pas qu'il soit avantageux de pratiquer le décollement de la paroi antérieure de la vessie. Cette circonstance n'empêche en rien la lésion du péritoine, et elle favorise l'infiltration urineuse. Le meilleur moyen d'éviter la lésion du péritoine, c'est de pincer l'extrémité de la sonde à dard au-dessus du col vésical, et d'inciser à partir de ce point. De cette façon, on limite très bien son incision, et on évite la membrane séreuse, qu'il importe tant de ménager.

M. Huguier. Le procédé de M. Chassaignac n'était point applicable, attendu qu'il était impossible de faire saillir la sonde à la paroi antérieure de la vessie.

M. Forget. Il est évident que la lésion du péritoine a été amenée par l'étendue transversale que le corps étranger avait fait prendre au réservoir urinaire. Cette particularité avait amené la dépression du sommet de la vessie.

**Présentation de pièces.**

M. Chassaignac présente les fragments d'une tumeur volumineuse extraite le matin même par morcellement, et qui formait un polype pédiculé tout entier contenu dans la cavité du vagin. Cette tumeur, sauf ce qu'apprendra l'examen par le microscope, a été considérée, jusqu'à nouvelle information, comme étant un polype fibreux ramolli.

Voici quelles ont été les circonstances du diagnostic assez curieuses qui ont précédé cette opération :

Une femme, âgée de trente-cinq ans, et qui avait été bien réglée jusqu'à il y a deux ans, fut sujette, à partir de cette époque, à des pertes de sang très fréquentes. Cette femme n'a jamais eu de grossesse.

Au toucher, on reconnaît tout d'abord à l'intérieur du vagin, et sur un corps qui donne la sensation d'un utérus hypertrophié et ramolli, une fente transversale dans laquelle le doigt pénètre facilement par une excavation dont les parois sont rugueuses, friables, facilement saignantes. Cette première impression donnerait l'idée d'un cancer utérin arrivé à sa dernière période, lorsque la cavité du col et une partie de la cavité du corps sont arrivées déjà à ce degré de ramollissement putrilagineux du cancer depuis longtemps ulcéré. Du reste, pas d'odeur caractéristique. Et de plus,

quand, retirant le doigt de cette excavation, on le promène sur la masse au centre de laquelle elle se trouve, on reconnaît une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. Parfaitement circonscrite et arrondie, lisse à sa surface, qui est dans tous les points parfaitement libre d'adhérences aux parois du vagin, cette tumeur n'est pas mobile, en ce sens qu'on pourrait la déplacer dans le vagin, qu'elle remplit avec trop d'exactitude pour cela; mais elle l'est en ce sens, qu'on peut la faire un peu tourner sur elle-même dans le vagin.

Le doigt, introduit aussi profondément que possible sur tout le périmètre de la tumeur, fait bien reconnaître qu'elle va en se rétrécissant vers sa région la plus élevée et la plus profonde, qu'elle est en un mot parfaitement pédiculée. Mais il est très difficile d'atteindre le collet du pédicule, et dans le seul point à gauche ou cela est possible on ne trouve pas ce bourrelet en quelque sorte cotyloïdien que forme l'utérus autour du pédicule d'un polype. Néanmoins, on ne doute pas un instant que tel ne soit le genre de tumeur à laquelle on a affaire. L'extraction doit être pratiquée. On y procède en implantant un grand nombre d'érignes dans le tissu de la tumeur. Mais, quels que soient les ménagements qu'on apporte, toujours le tissu se déchire. On a alors recours au procédé du morcellement de la tumeur en agissant de la manière suivante :

Le doigt index, réintroduit profondément dans la cavité qui occupe le centre de la tumeur, la déchire en plusieurs cotylédons qui sont successivement retirés, soit par les érignes, soit avec les doigts. On arrive enfin à un pédicule venant bien directement de l'utérus. Ce sont les débris de cette tumeur que M. Chassaignac présente à la Société.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* DEMARQUAY.

## *Séance du* 1er *octobre* 1851.

**Présidence de M. LARREY.**

**Présentations de malades.**

M. CHASSAIGNAC présente deux malades : l'un est un jeune homme qui a fait une chute de soixante pieds de haut, à la suite de laquelle il a eu une fracture médiane du maxillaire inférieur, une fracture

de trois ou quatre côtes compliquée d'emphysème et une fracture de cuisse. Ce jeune homme s'est parfaitement remis. La fracture de cuisse, qui présentait un raccourcissement considérable, a guéri avec une diminution de longueur de 5 à 6 centimètres. Le malade marche et la claudication est peu marquée.

Le second malade est un vieillard qui fut renversé dans la rue, et les roux d'une voiture à deux chevaux lui passèrent sur la face; il en résulta une fracture des os propres du nez, des deux maxillaires avec enfoncement de leurs sinus; la voûte palatine elle-même fut écrasée, d'où un raccourcissement considérable de celle-ci, de sorte que le doigt porté dans la bouche touche de suite au pharynx.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

M. Larrey présente de la part de M. Birkett (de Londres), auteur d'un *Traité des maladies du sein* (1), trois observations manuscrites d'*hématurie traumatique*. M. Birkett, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre et chirurgien de Guy's hospital, demande le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Une commission, composée de MM. Larrey, Demarquay et Giraldès, est chargée d'examiner le travail de M. Birkett.

### Communication.

M. Huguier présente à la Société les organes génitaux d'une femme sur laquelle il a pratiqué l'ablation d'un estiomène de la vulve. Cette malade a succombé aux suites d'un abcès par congestion, mais parfaitement guérie de son estiomène. Voici le résumé de cette observation.

La nommée Bucquoi, âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, réglée à onze ans, ayant eu à douze ans un abcès strumeux à la jambe, se marie à seize ans. Depuis ce moment jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, elle a eu dix grossesses, dont une double à vingt-sept ans; ses règles, qui avaient disparu depuis son mariage, reviennent, irrégulières d'abord, il est vrai. A

---

(1) *The diseases of the breast and their treatment*. London, 1850.

quarante-deux ans, elle est adressée à M. Huguier par M. Vernois pour être traitée d'un estiomène vulvaire qui date de trois ans; de plus, elle porte sur la figure et sur une des mains des lupus naissants, et toute sa figure est empreinte du cachet scrofuleux.

A l'examen des parties génitales, on constate un suintement d'un liquide séro-purulent, surtout séreux, tachant le linge.

Rougeur sur la face interne des cuisses, vers le sillon génito-crural. Rien sur les grandes lèvres, qui, lorsqu'elles ne sont pas écartées par le doigt du chirurgien, cachent complétement la maladie et n'en laissent rien apercevoir.

Si on entr'ouvre les grandes lèvres, on voit le vagin et les petites lèvres souillés par l'écoulement dont nous avons parlé. Cet écoulement n'a, du reste, aucun caractère de mauvaise nature. Jamais, depuis trois ans qu'il existe, il n'a causé d'accidents au mari.

La face interne des grandes lèvres est rouge; on y distingue une cicatrice de cautérisation à la lèvre gauche.

Au niveau du clitoris, ulcération à fond rouge, à bords déchiquetés, tranchés d'avec la muqueuse voisine. Cette ulcération part du sommet du clitoris et va se répandre de chaque côté de l'ulcération grise dont nous parlions tout à l'heure, pour se terminer sur les caroncules myrtiformes.

Inférieurement, on observe une ulcération grisâtre, pointillée, parfaitement distincte de l'ulcération rouge.

De chaque côté de la ligne médiane, l'ulcération grise envahit les corps caverneux du clitoris, et s'étend vers l'urètre, qui, ainsi que les parties environnantes, est détruit jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

Ses bords latéraux se terminent en mourant sur les parois latérales du vagin, en embrassant en fer à cheval les parties latérales et inférieures du méat urinaire.

Le diamètre transversal et horizontal est de 0,03. L'ulcère rampe le long de la paroi inférieure de l'urètre, tente de s'introduire entre la vessie et le vagin, et donne naissance à une cavité accidentelle à fond ulcéré, qui est séparée de la cavité du vagin par une sorte de soupape formée par la paroi antérieure du vagin, qui, détachée, tombe en arrière et masque la cavité du canal, au point que, lorsque l'on écarte les lèvres vulvaires, on n'aperçoit que la cavité accidentelle et que le doigt s'égare également et tombe dans

ce sinus anfractueux ; il en est de même du spéculum ; il faut passer au-dessous de la soupape, que l'on relève pour pénétrer dans le vagin. Cette valvule offre la structure et l'apparence ridée de la paroi antérieure du vagin ; on peut compter neuf rides à sa face, ou plutôt à son bord antérieur ; on peut reconnaître les vestiges de trois rides détruites de droite à gauche.

Cette valvule offre à sa surface vulvaire l'apparence de la muqueuse vaginale, et la surface urétrale est rongée par l'ulcération grise; la paroi postérieure, très épaisse, de cette valvule se prolonge sur la paroi antérieure du vagin.

Rien d'anormal dans tout le reste de la vulve.

*Rectum.* — On y aperçoit quatre tubercules grisâtres, du volume d'une petite noisette ; la face externe de ces tubercules offre cet aspect qui marque la transition de la peau à la muqueuse. La face interne offre l'ulcération grise.

Le toucher rectal est très douloureux. On sent des inégalités, des bosselures, des indurations qui remontent à quelques centimètres.

Le lundi, 2 juin, après plusieurs jours de repos, afin d'habituer la malade au séjour de l'hôpital et de la préparer à l'opération, elle est couchée sur le bord de son lit, les cuisses écartées l'une de l'autre, légèrement fléchies sur le bassin et soutenues par deux aides ; le sommeil est obtenu au moyen du chloroforme. Une sonde est placée dans la vessie ; puis, deux aides écartant les grandes lèvres, M. Huguier, de la main droite armée d'un bistouri, pratique une incision sur la nymphe du côté droit, puis, avec des pinces, il dissèque toute l'étendue de cette nymphe envahie par l'ulcère, arrive au-dessous du clitoris qu'il enlève, redescend du côté gauche, excisant toutes les parties ulcérées et la face supérieure de la valvule.

Après avoir disséqué ce qui est compris dans le vestibule, il retire la sonde et incise l'urètre au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

Afin d'être plus certain de détruire complétement la maladie et d'éviter une récidive, il cautérise profondément avec le fer rouge, puis un courant d'eau fraîche est poussé dans la plaie. Quant au rectum, vidé préalablement par un lavement, les excroissances qui apparaissent au dehors sont excisées à l'aide d'un ciseau courbe.

Une sonde de gomme élastique est placée dans la vessie, elle est maintenue par des pièces d'appareil et par des fils qui, partant de son extrémité libre, aboutissent aux sous-cuisses d'un bandage en T; une mèche est placée dans le vagin, puis des boulettes de charpie sont ajoutées; enfin des compresses percées d'un trou à leur centre pour le passage de la sonde complétent le pansement. La plaie pratiquée à l'anus est recouverte de cérat et de charpie. Cet appareil est maintenu par un bandage en T.

Cette malade, qui était très bien guérie de son estiomène vulvaire, grâce à l'opération de M. Huguier, vient de succomber aux suites de deux vastes abcès déterminés par une carie du sacrum et d'un des os iliaques.

A propos de cette malade, M. Huguier revient sur les opérations qu'il a déjà faites pour guérir l'estiomène vulvaire, et qui ont été consignées dans son mémoire sur cette maladie, et rappelle à la Société qu'il a pu enlever chez la femme une assez grande étendue de l'urètre sans gêner la miction. Il termine cette communication par l'exposé sommaire de l'observation d'un homme qui se trouve actuellement dans son service, affecté de deux estiomènes situés sur la face dorsale des deux mains. Ce malade est âgé de cinquante ans, grand et fort, mais dont la santé est profondément détériorée; il a eu à plusieurs reprises des hémoptysies; il tousse habituellement, et il a eu une fonte tuberculeuse des testicules; il porte depuis plusieurs années un lupus végétant sur la face dorsale de chaque main, mais plus étendu du côté droit que du côté gauche. Des moyens très nombreux ayant été employés sans succès contre cette maladie, M. Huguier se décide à pratiquer l'ablation du mal par l'instrument tranchant. Le malade soumis au chloroforme, une incision circonscrit tout le mal, et, par une dissection minutieuse, on enlève toute la partie malade, en ménageant toutefois les tendons et les parties importantes à conserver. A présent, cet homme est très bien et tout à fait en voie de guérison.

### Discussion.

M. Chassaignac. Il me semble que l'opération à laquelle M. Huguier se décide doit être la dernière ressource. Je crois que souvent on pourrait guérir les malades par l'usage de l'huile de foie de morue et par les cautérisations avec les sels mercuriels.

M. Huguier. Tout le monde sait combien le lupus est réfractaire à nos moyens de traitement, et surtout au traitement interne. C'est une des formes de la maladie scrofuleuse les plus rebelles. Nous savons tous que les malades de Saint-Louis affectés de ces maladies guérissent rarement, et que la plupart vont peupler la Salpêtrière, Bicêtre ou d'autres hôpitaux comme infirmiers ou infirmières. Dans le mémoire que j'ai publié sur l'estiomène vulvaire, j'ai rapporté l'observation de plusieurs malades que rien n'avait pu guérir, et qui le furent complétement par l'ablation avec l'instrument tranchant. La malade qui me fut adressée par M. Vernois avait été traitée très activement, mais très infructueusement. J'ai eu récemment occasion d'opérer, en ville, une dame pui avait reçu les soins de MM. Ricord, Caffe et Laroche; aucun moyen que l'ablation ne réussit chez cette dame.

M. Robert. Je demanderai à M. Huguier si par hasard il n'aurait point confondu l'estiomène avec l'ulcère veriqueux décrit par M. Marjolin père; j'ai vu le malade qui se trouve actuellement dans le service de notre collègue, et il m'a semblé que les caractères qui appartiennent à ce que M. Huguier appelle un estiomène se rapportent aussi à l'ulcère veriqueux.

M. Huguier. La confusion dont parle M. Robert n'est pas possible. On ne reconnaît pas seulement l'estiomène à ses caractères physiques; mais il y a encore dans la constitution du sujet un cachet particulier. Lors même que le mal a été guéri par un traitement interne, il y a encore dans la cicatrice un caractère indélébile que ne méconnaît pas le chirurgien ayant une connaissance parfaite des dermatoses. J'ai eu occasion d'examiner au microscope, avec M. Lebert, des portions de lupus que j'avais enlevés, et nous avons trouvé, outre les éléments de la peau, le tissu fibro-plastique.

M. Chassaignac. Je crois que l'ablation par l'instrument tranchant doit triompher de la maladie; mais cependant son pouvoir n'est point absolu, car j'ai vu une malade à laquelle Blandin avait enlevé un lupus, et ce dernier néanmoins est revenu. Il a été guéri sous l'influence des cautérisations avec le nitrate acide de mercure.

M. Cullerier. L'estiomène vulvaire est une maladie assez commune, mais qui était mal connue avant le travail de M. Huguier. Lorsque je lus le travail de notre collègue, un instant je crus qu'il y avait eu erreur; mais bientôt je pus me convaincre de la vérité des des-

criptions de M. Huguier; c'est qu'en effet l'estiomène vulvaire peut être confondu avec d'autres affections, avec des chancres phagédéniques, par exemple. A l'exemple de plusieurs médecins j'ai usé de beaucoup de moyens pour obtenir la cicatrisation des lupus ulcérés, et je ne fus pas plus heureux que M. Huguier. C'est alors que j'eus recours à l'ablation avec l'instrument tranchant, et depuis lors j'ai pu guérir plusieurs malades.

M. Huguier. De même que l'estiomène de la face amène un engorgement ganglionaire du cou, de même l'estiomène vulvaire produit l'engorgement des ganglions de l'aine; cette circonstance peut induire le chirurgien en erreur, et il est bon de la signaler.

**Nécrose profonde des os du crâne, consécutive à un érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu.**

M. Larrey. La Société, n'ayant point d'autre communication à l'ordre du jour, me permettra de lui indiquer l'un des faits qui m'ont offert le plus d'intérêt, en parcourant la semaine dernière quelques hôpitaux anglais.

M. Drummond, chirurgien inspecteur du service de santé de la marine, m'a fait voir à l'hôpital naval de Chatam un cas extraordinaire de nécrose du crâne, dont il a bien voulu me promettre l'observation clinique, et dont je ne puis exposer que la substance sommaire.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui fut atteint il y a plusieurs mois d'un érysipèle intense du cuir chevelu. Cet érysipèle, devenu phlegmoneux, fut suivi d'une suppuration diffuse, qui, loin de se faire jour tout d'abord vers la surface du crâne, provoqua l'exfoliation du périoste et la dénudation des os sur divers points. Une ostéite ulcérante se propagea bientôt de la table externe à la table interne; et entretenant à son tour de nouveaux foyers de suppuration, elle isola peu à peu les os malades et les frappa de nécrose. L'exfoliation insensible d'une part, et d'autre part l'élimination successive des séquestres par des abcès ulcérés devenus fistuleux, finirent par séparer complétement la plus grande portion de la voûte du crâne, en laissant de larges pertes de substance au niveau des pariétaux, du frontal et des temporaux. Mais, chose remarquable, les téguments restèrent intacts, sauf les deux ou trois ulcérations étroites dont la suppuration persiste en-

core aujourd'hui. L'application du doigt sur le cuir chevelu, à la surface de la tête en partie privée de boîte osseuse, perçoit aisément la présence et le soulèvement du cerveau, protégé par ses membranes, qui l'empêchent de faire hernie.

Mais, chose plus remarquable encore, c'est que tous ces phénomènes d'inflammation, de suppuration, de carie et de nécrose, se sont accomplis sans accidents cérébraux, soit primitifs, soit consécutifs, et sans aucun trouble fonctionnel. Le malade ne souffre pas; il a bonne mine, de l'appétit, du sommeil, et attend avec patience la cicatrisation définitive des ouvertures fistuleuses. Sa tête, telle qu'on l'observe maintenant, a été modelée pour le riche musée de l'hôpital militaire de Chatam, où j'ai pu constater son exacte imitation.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 8 *octobre* 1851.

**Présidence de M. LARREY.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A propos de ce procès-verbal, M. CHASSAIGNAC donne des détails micrographiques sur la tumeur fibreuse ramollie dont il a présenté les débris à la Société de chirurgie. Le tissu de cette tumeur, examiné au microscope, est bien du tissu fibreux.

**Correspondance.**

La Société de chirurgie a reçu une lettre de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau se rendra auprès de M. le ministre pour y répondre directement.

M. Andrew Smith, directeur général du service de l'armée anglaise, envoie, en échangé de nos mémoires : 1° les n°s 2, 3, 4, 5 des planches d'anatomie pathologique du *Musée de l'armée*; 2° le catalogue des préparations d'anatomie pathologique du *Musée de l'armée* à Fort Pitt.

— M. PALMERS, de Philadelphie, présente une jambe artificielle de son invention, qui semble fort ingénieuse, d'une grande légèreté, mais dont le mécanisme a besoin d'être étudié, et sera ultérieurement le sujet d'un rapport.

### Rapport.

M. Debrou, au nom d'une commission composée de MM. Lebert et Demarquay, fait un rapport sur le travail de M. Pravaz, de Lyon, ayant pour titre : *De l'influence de l'air comprimé comme moyen curatif des déviations de l'épine tenant à une maladie du thorax.*

La discussion et l'admission des conclusions de ce rapport sont remises à la séance prochaine.

### Communication.

M. Guersant présente à la Société un trocart explorateur pour pénétrer dans le cul-de-sac rectal quand il existe une imperforation de l'anus. Lorsque l'opérateur cherche à établir un anus artificiel dans la région anale, et qu'il se sert d'un trocart pour reconnaître par une ponction préalable la position du rectum, on reconnaît qu'on est dans l'intestin par l'écoulement de matières fécales. Le chirurgien éprouve souvent de grandes difficultés pour conduire par le point traversé par le trocart une canule, sur laquelle, pour prévenir cet inconvénient, M. Guersant a fait faire une rainure sur la gaîne du trocart. Cette rainure sert de guide au bistouri, et de la sorte l'opérateur n'est point obligé de remplacer la canule de l'instrument explorateur par une sonde cannelée. Seulement, pour rendre cette canule plus utile et plus maniable, M. Guersant, après avoir enlevé le poinçon du trocart, le remplace par une espèce de petite tige s'adaptant parfaitement, à l'aide de quelques tours de vis, à l'instrument laissé au sein des tissus. Cette tige, faisant suite à la canule, sert à conduire facilement la canule de gomme élastique qu'on se propose de laisser dans le rectum.

### Luxation du coude datant de sept semaines. Réduction.

M. Chassaignac communique l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une chute, éprouva plusieurs lésions, dont une fut complétement méconnue. Je veux parler de la luxation complète du coude en arrière. Au bout de sept semaines, l'enfant est présenté à M. Chassaignac. Notre collègue se met en devoir de réduire. Dans une première tentative de traction il échoue, malgré le sommeil anesthésique ; c'est alors qu'il emploie le procédé suivant. Pendant que l'extension est exercée par des aides, il applique la paume de

la main sur l'olécrane déplacé et le pousse ainsi d'arrière en avant. Grâce à cette manœuvre, la réduction fut promptement obtenue.

M. Bouret. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que l'idée d'exercer une pression sur l'olécrane pour obtenir plus facilement la réduction dans la luxation du coude n'est pas nouvelle. M. Maisonneuve l'a mise en usage à l'aide d'une serviette passée autour du cou, et dont la partie moyenne repose sur l'olécrane.

M. Morel. La pression sur le coude peut se faire à l'aide des deux pouces; il a vu M. Gerdy recourir à ce moyen avec succès.

M. Larrey fait observer que l'on ne doit plus attribuer une valeur trop exclusive au choix des procédés mécaniques dans la réduction des luxations récentes, depuis l'emploi simultané des agents d'anesthésie. Ne suffit-il pas en effet, bien souvent, des moindres efforts, des plus légères tractions combinés avec le chloroforme, pour réduire telle luxation, qui résisterait peut-être aux manœuvres les plus puissantes et les mieux dirigées, sans l'intervention de la méthode anesthésique? C'est donc à l'application de cette merveilleuse découverte que l'on doit le moyen le plus sûr de réduction, puisqu'il supprime la douleur et neutralise l'action musculaire.

M. Chassaignac. Malgré l'usage du chloroforme, qui rend généralement la réduction des luxations faciles, il est encore avantageux dans les luxations anciennes d'avoir recours à certains procédés plutôt qu'à d'autres. Je pourrais m'appuyer sur le fait que je viens de rapporter plus haut, mais il en est un autre qui m'a frappé.

Il y a quelque temps, j'essayai de réduire une luxation de l'épaule datant de six semaines. Ne pouvant y parvenir par le procédé du talon, secondé de l'action du chloroforme, j'eus recours au procédé du talon renversé, c'est-à-dire que je fis ces tractions en haut, le pied étant posé sur l'épaule dont l'humérus était luxé. Je pus de la sorte obtenir une réduction que j'avais vainement cherchée par un autre procédé.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 15 *octobre* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. le président annonce à la Société qu'il a été reçu avec les membres du bureau en audience particulière par M. le ministre de l'instruction publique, auquel ont été remis les volumes des Mémoires et du Bulletin. M. de Crouseilhes, dans cet accueil plein de bienveillance, mais à la veille de quitter le ministère, a promis que le département de l'instruction publique encouragerait de tout son pouvoir les travaux de la Société de chirurgie.

— M. Debout termine son rapport sur les travaux et les titres scientifiques de M. Pravaz, de Lyon.

Voici une analyse rapide du travail de M. Pravaz et du rapport de M. Debout.

M. Pravaz, de Lyon, au commencement de cette année, est venu lire à la Société de chirurgie un travail sur les déviations du rachis tenant à la présence d'un épanchement pleurétique résorbé; une commission, composée de MM. Lebert, Demarquay et Debout, rapporteur, a donné dans la dernière séance les conclusions de son rapport, et M. Pravaz a été nommé membre correspondant à l'unanimité.

Dans le travail qui nous a été lu par M. Pravaz, on ne trouve pas seulement une observation très curieuse de déviation du thorax tenant à une ancienne pleurésie guérie sous l'influence de l'air comprimé, mais encore des faits de déviation, de lésions avec déformation du thorax liés au rachitisme avec ou sans gibbosité qui ont également cédé à l'action du bain d'air comprimé associé à une gymnastique spéciale.

Suivant notre savant confrère, ce moyen orthopédique est incontestablement bien supérieur à toutes les machines imaginées contre ce genre d'hétéromorphie.

Le mode d'action du bain d'air comprimé est complexe ; il agit :

1° En déplissant, en agrandissant les cellules pulmonaires; M. Pravaz combat par des raisonnements empruntés aux sciences exactes les objections qui ont été faites à sa théorie;

2° Par l'influence que l'air comprimé exerce sur l'hématose et sur la constitution tout entière.

M. Pravaz termine son mémoire par l'exposé des faits qu'il a observés, et dont les dessins et les plâtres ont été présentés à la Société de chirurgie.

### Rapport.

M. Debout, rapporteur de la commission chargée d'examiner le travail de M. Pravaz, fait un rapport très étendu sur les travaux de cet habile chirurgien ; de plus, il fait l'historique des recherches qui ont été faites sur les déformations de la poitrine consécutives aux pleurésies, et démontre que jusqu'au travail que M. Pravaz a communiqué à la Société de chirurgie rien n'avait été fait pour remédier à ce genre d'hétéromorphie. Il examine ensuite les théories émises par M. Pravaz sur le mode d'action de l'air comprimé dans le redressement du rachis et le rétablissement de la capacité de la poitrine du côté déformé. Suivant M. Debout, le bain d'air comprimé agirait plus dans l'espèce particulière d'hétéromorphie signalée par Laënnec en activant les fonctions internes du poumon et facilitant ainsi la résolution des lésions organiques secondaires à l'épanchement pleurétique, comme les mouvements forcés d'une articulation malade peuvent ramener l'articulation à ses fonctions normales.

### Extrait du rapport de M. Chassaignac sur la candidature de M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault.

M. Chassaignac, rapporteur d'une commission composée de MM. Huguier, Giraldès et Chassaignac, fait un rapport sur les travaux de M. Mascarel, qui sollicite le titre de membre correspondant.

Les exemples de tétanos observés par M. Mascarel, dit M. le rapporteur, viennent corroborer les faits qui démontrent que l'exposition au refroidissement à la suite des lésions traumatiques arrivées

au terme de leur cicatrisation est une cause déterminante du tétanos.

La première observation se rapporte de toute évidence à une hématocèle; la nature du liquide, les concrétions fibrineuses, la consistance des enveloppes, tout prouve qu'il s'agissait bien évidemment ici d'une collection primitivement sanguine.

Il y a une distinction pratique très importante à faire entre l'hématocèle et certaines hydrocèles à liquide coloré et ayant au premier abord plus ou moins d'analogie avec les restes d'un épanchement sanguin. Dans l'hématocèle, le liquide renferme toujours des concrétions albumineuses ou fibrineuses qui sont comme autant de corps étrangers à l'intérieur de la cavité vaginale. Dans les hydrocèles colorées, au contraire, le liquide est d'une homogénéité parfaite. Substance intime, couleur, consistance, tout y est identique dans chacune des parcelles du liquide.

Les hydrocèles, qu'elles soient colorées ou non, mais quand ce sont bien des hydrocèles, comportent un traitement identique. L'hématocèle ne doit pas être soumise d'emblée au même mode de traitement.

On doit de toute nécessité soumettre à un lavage préalable toute hématocèle qu'on voudrait traiter par l'injection iodée.

Un espace de quinze jours n'est pas un délai suffisant pour prononcer qu'une injection iodée a manqué son but.

Il n'est que deux circonstances où il soit permis de tenter une opération nouvelle après une injection iodée, c'est : 1° dans le cas d'une suppuration imminente; 2° dans le cas où, l'épanchement qui succède à toute injection dans la tunique vaginale s'étant dissipé, on le voit se reproduire. Là on peut prononcer qu'il y a positivement récidive.

L'emploi de la teinture d'iode non mitigée exerce sur les tissus une influence nuisible, ainsi que cela résulte de plusieurs faits déjà signalés à la Société de chirurgie.

L'observation de calcul nasal due à M. Mascarel constitue une communication d'un grand intérêt et par sa rareté et à raison du soin avec lequel elle a été recueillie.

Cette observation, rapprochée de celles qui ont été réunies dans un travail très bien fait dû à notre honorable secrétaire M. Demarquay, nous a vivement intéressé en ce qu'elle confirme plusieurs

des points déjà établis dans les recherches de notre collègue. M. Mascarel est disposé à croire que le cornet inférieur, dont on n'a plus retrouvé de traces dans la narine occupée par le calcul, a pu servir de noyau à ce dernier. Nous n'avons trouvé aucun exemple semblable parmi les faits analysés par M. Demarquay. Nous y avons vu qu'une racine dentaire, qu'un noyau de cerise, etc., etc., avaient pu déterminer la formation d'un calcul, mais nous n'avons pas trouvé d'exemple de concrétions formées autour d'un sequestre osseux provenant de la fosse nasale elle-même.

**Observation de calcul dans les fosses nasales. — Erreur de diagnostic. — Extraction. — Guérison.**

Mme Delaveau, propriétaire à Obterre, département de l'Indre, n'ayant jamais été malade, jouissait encore d'une bonne santé, lorsqu'il y a sept ans, étant entrée dans une étable, elle reçut sur le côté droit du nez un coup de corne de taureau. Ce coup, qui ne fut pas assez fort pour la terrasser, entraîna cependant un petit écoulement de sang par la narine. Elle ne consulta personne et ne fit aucun traitement.

Un mois s'était écoulé, que Mme Delaveau ressentait toujours une petite douleur dans la partie blessée, et cette douleur augmentait par la pression. Les choses étaient restées dans cet état pendant huit à dix mois, époque à laquelle un écoulement nasal plus abondant et plus fétide du côté droit que du côté gauche se manifesta. Ce fut alors que Mme Delaveau consulta un médecin, qui prescrivit des bains de vapeur aromatiques et des inspirations d'eau chaude mucilagineuse.

Plus tard, environ un an après l'accident, cette dame crut ressentir dans la narine un petit corps flottant qu'elle chercha plusieurs fois à faire saisir, mais en vain. Peu préoccupée de ce nouvel état, elle abandonna tout aux soins de la nature pendant deux ans.

Cependant l'écoulement par la narine malade continuait toujours plus abondant et plus fétide, la région nasale tout entière prenait de la tuméfaction, et cet état s'étendait jusqu'à la joue et à la paupière inférieure du même côté; le petit corps flottant dans la narine avait perdu sa mobilité, et ne la recouvrait faiblement qu'à de longs intervalles et dans les efforts d'éternument. Plusieurs

médecins furent successivement consultés, et tous se bornèrent à des moyens palliatifs et à des soins de propreté. La santé d'ailleurs était encore bonne; mais l'abondance de la suppuration, jointe à son extrême fétidité, amena progressivement le dégoût, l'amaigrissement et le marasme. Voici dans quel état nous trouvâmes cette malade le 15 juin 1850, sept ans après le coup dont nous avons parlé.

En entrant dans la chambre de la malade, accompagné du docteur Fouliou, chambre assez vaste, du reste, et bien exposée, une odeur *sui generis*, et que nous prîmes pour être celle de la gangrène, nous vint au nez. Nous apprîmes que toutes les personnes du voisinage évitaient d'approcher du lit de cette femme, tant l'odeur était repoussante. Nous eûmes la pensée, *à priori* et d'après tout ce qui nous avait été raconté, que nous nous trouvions en présence d'un *noli me tangere*, pour lequel l'art était impuissant. Cependant il fallait explorer. C'est une pauvre femme, faible, pâle, décolorée, étendue le plus souvent dans son lit, n'ayant plus ni appétit, ni sommeil, et dont toute la maladie est concentrée au milieu de la face.

Une tumeur du volume d'un petit œuf occupe le côté droit du nez, et s'étend depuis l'orifice de la narine jusqu'à la paupière inférieure du côté correspondant. Ce voile membraneux est rouge, boursouflé, et se confond, au grand angle de l'œil, avec une plus petite tumeur qui paraît être formée par la distension du sac lacrymal; il y a épiphora. Mais la principale tumeur, dont la base correspond à l'apophyse montante du maxillaire supérieur, est rouge, très douloureuse à la pression et le siége d'élancements. Deux fistules existent, l'une près le grand angle de l'œil et sans communication avec le sac lacrymal, l'autre à peu près au milieu du sillon de séparation du nez et de la joue; toutes deux laissent échapper une matière puriforme dont le contact sur la joue a produit un érythème avec excoriation. Le pourtour de la narine du côté droit et la peau de la lèvre supérieure sont également le siége d'érosions douloureuses entretenues par l'écoulement abondant et incessant d'un ichor d'un jaune grisâtre, d'une odeur *sui generis* et extrêmement repoussante. Un stylet d'argent plongé dans ce liquide est au même instant noirci par la production d'une couche de sulfure d'argent. Le même instrument, introduit d'abord par la

narine et ensuite par l'une et l'autre fistule, permet de reconnaître la présence d'un séquestre; et comme cette exploration est très douloureuse, c'est à grand'peine si on peut constater qu'il y a de la mobilité. Cependant, après des explorations successives, nous constatons facilement que le corps étranger est mobile. Dès ce moment nous concevons la possibilité d'une opération, et le 16 juillet 1850 elle est pratiquée, après avoir convenablement préparé la malade.

*Opération.* — L'opération fut des plus simples; après un léger débridement de la narine, une pince à pansement fut introduite dans la direction du corps étranger, qui fut saisi après quelques tâtonnements et ramené au dehors, entraînant après lui une légère hémorrhagie et une grande quantité de la matière ichoreuse dont nous avons parlé. Nous pratiquâmes de nombreuses injections d'eau tiède; celles-ci ramenaient quelques débris de la couche calcaire qui enveloppait le corps étranger. Le doigt auriculaire, introduit dans la cavité nasale, permit de constater que cette dernière était dégarnie d'une partie de la totalité du cornet inférieur et libre de toute production morbide. — Injections émollientes souvent répétées; potages gras, vin vieux étendu d'eau.

Les 17 et 18 juillet, il n'y a pas de fièvre; l'odeur infecte a beaucoup diminué, ainsi que l'écoulement; l'appétit se développe.

Les 20, 22 et 26 juillet, la malade est très satisfaite; elle reprend ses forces; les digestions s'opèrent bien; le sommeil est parfait.— Injections d'eau d'orge miellée.

Le 7 août, l'écoulement nasal prend les caractères du pus de boune nature; les pustules sont presque taries, les deux tumeurs nasales sont affaissées, la peau a perdu sa rougeur inflammatoire; l'épiphora a cessé. La malade est dans l'état le plus satisfaisant et est entièrement rétablie à la fin du mois d'août, si ce n'est qu'elle conserve encore beaucoup de faiblesse.

Aujourd'hui, 1er septembre 1851, quatorze mois après l'opération, Mme Delaveau se porte bien, et ne conserve aucune difformité.

*Description du corps étranger.* — Au premier aspect, ce corps étranger ressemble à un séquestre qui aurait longtemps séjourné au milieu d'une cavité en suppuration.

Irrégulièrement hérissé de crêtes et d'aspérités, sa forme aplatie

permet de lui considérer deux faces et quatre bords. Son poids est de 7 grammes 1 décigramme; son plus grand diamètre est de plus de 3 centimètres. De ses deux faces, l'une est plane et sillonnée par de petites aspérités ; l'autre, opposée à la première, est beaucoup plus irrégulière et surmontée de deux éminences ; l'une plus petite, à facettes anfractueuses, et partant raboteuse ; l'autre se détache en forme de promontoire au-dessus de la première, et est comme criblée d'une multitude de petites stalactites qui paraissent reposer dans un tissu spongieux et dur. La couleur de ces éminences est d'un gris sale, le reste du calcul est jaunâtre et d'un jaune d'ocre sur l'un de ses bords. Deux de ceux-ci seulement se rencontrent à angle droit ; les deux autres se confondent en deux ou trois lamelles, comme tranchantes, jaunâtres et grisâtres, irrégulièrement découpées et hérissées de petites stalactites.

Sous la couche jaune et grise qui enveloppe le calcul, couche corticale d'un demi-millimètre à un millimètre d'épaisseur, et qui s'écaille sous la pression d'une pince à pansement, se trouvent plusieurs couches successives et concentriques qui deviennent tout à fait blanches, puis couleur de café non-torréfié, et enfin, au centre, présentent un aspect lamellaire comme raréfié et d'une couleur plus foncée.

En pratiquant un trait de scie suivant l'un des diamètres, on trouve que la couche corticale se laisse facilement pénétrer, puis la scie pénètre plus difficilement en se rapprochant de ces lamelles que nous avons décrites. Au reste, le calcul se casse aisément, et il est impossible de reconnaître, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, aucun rudiment de substance osseuse. Désirant conserver cette pièce dans son intégrité, nous nous sommes abstenu de la soumettre à l'analyse chimique.

*Réflexions.* — D'après les détails dans lesquels nous sommes entré en commençant le récit de cette observation et d'après la nature de la cause (choc extérieur), on est conduit à admettre que le coup de corne de taureau porté sur l'un des côtés du nez de Mme Delaveau a pu et dû provoquer la formation d'un séquestre dans les fosses nasales, séquestre formé probablement aux dépens de l'un des cornets, l'inférieur; car celui-ci n'a pu être retrouvé après l'opération. Ce séquestre, tout spongieux, sera devenu le noyau d'un calcul qui, dans l'espace de six à sept ans, a pris les

proportions que nous avons indiquées. C'est un fait nouveau à ajouter à ceux que M. Demarquay a recueillis, et dont il a publié une note dans les *Annales de la Chirurgie française.*

Ce fait nous a paru intéressant au sujet des erreurs de diagnostic auxquelles il a donné lieu; erreurs commises sans doute en grande partie par l'odeur *sui generis* extrêmement fétide dont était accompagnée l'abondante suppuration qui se faisait à la fois et par les fistules, et surtout par la narine du côté droit.

De tels désordres avaient donné lieu à une fièvre de consomption et qui semblait conduire promptement la malade au tombeau, lorsque, l'extraction du corps étranger une fois faite, tous les graves accidents s'arrêtèrent et l'équilibre de la santé se rétablit peu à peu. Il y a maintenant plus de quatorze mois que l'opération a été faite, et rien d'anormal ne s'est présenté ni dans l'état général, ni dans les fosses nasales.

Si les praticiens de la province sont bien moins placés que ceux des capitales pour recueillir et rassembler des faits plus ou moins assimilables, il est vrai de dire aussi que les premiers ont le précieux avantage d'avoir presque toujours leurs malades sous les yeux, de les connaître souvent depuis longtemps et même depuis l'enfance, et, dès lors, de pouvoir recueillir des données complètes et entières sur les causes, la marche, la terminaison immédiate et éloignée de leurs maladies.

**Observation de corps étranger (une pipe) avalé par un malade, qui a déterminé des accidents graves, et a causé la mort cinq jours après avoir été rendu avec les selles; par M. Gosselin.**

Les annales de la science ne renferment, à ma connaissance, aucune observation dans laquelle un corps étranger ait été retiré de l'intestin grêle par une entérotomie. Hévin rapporte bien, dans son mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage, trois cas dans lesquels un couteau a été retiré avec succès de l'estomac par l'opération de la gastrotomie. Il conseille l'entérotomie, sans en citer aucun exemple, pour les cas dans lesquels un corps étranger se serait arrêté dans l'intestin grêle au lieu de s'arrêter dans l'estomac. Boyer donne le même conseil, sans citer non plus de fait à l'appui. L'un et l'autre, d'ailleurs, ne donnent d'autres signes, pour reconnaître la véritable situation du corps étranger, que la douleur

à la pression et parfois une saillie anormale ; ni l'un, ni l'autre n'indiquent à quel moment l'on ne doit plus compter sur l'issue spontanée du corps étranger, et l'on peut se décider à l'opération grave de l'entérotomie.

Dans l'observation qu'on va lire, j'ai été sur le point de pratiquer cette opération; le corps étranger avait été avalé depuis plus d'un mois, les accidents étaient graves, la mort était imminente. Seulement je ne pouvais déterminer si le corps étranger était encore dans l'estomac ou s'il était arrêté dans l'intestin grêle ; je ne sentais nulle part de saillie anormale, et la pression n'éveillait pas de douleurs en un point fixe. J'eus recours alors à la percussion plessimétrique, à l'aide de laquelle je crois avoir reconnu à deux reprises différentes le corps étranger dans la région iliaque droite. Je me serais déterminé sans hésitation à me laisser guider par cette exploration si, le jour même où je l'avais faite, ce corps n'avait été expulsé spontanément. Malgré cette issue, la mort eut lieu quelques jours après : sous ce rapport, le fait me paraît encore digne de l'attention de la Société de chirurgie.

Jannot (François), âgé de quarante et un ans, terrassier, d'une taille et d'une force ordinaires, mais d'une santé habituellement très bonne, s'était imaginé, depuis une dizaine d'années, de parier de temps à autre avec ses camarades qu'il avalerait sans être incommodé divers corps étrangers. Il s'était ingéré une fois une pièce de cinq francs ; plus tard, une petite cuiller à café ; une autre fois, un couteau fermé. Ces objets avaient passé sans occasionner d'accidents, et avaient été rejetés par l'anus deux ou trois jours après.

Fort de cet antécédent, Jannot parie, le 27 juillet 1851, qu'il avalerait une pipe avec laquelle il avait déjà fumé quatre ou cinq fois. Le pari (consistant en une pièce de 2 francs) est tenu, la pipe est ingérée. Dès le lendemain, le malade est pris de coliques, de vomissements, de diarrhée, d'insomnie. Il entre pendant quelques jours à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, qu'il habitait. Malgré les soins éclairés qui lui furent prodigués, il continua à souffrir ; les vomissements de matière bilieuse revenaient cinq, six ou sept fois chaque jour : il y avait sept ou huit garde-robes liquides. Une fièvre continue, une sécheresse habituelle de la peau, une perte complète d'appétit, l'insomnie s'ajoutèrent aux symptômes précé-

demment indiqués, et ne tardèrent pas à amener un amaigrissement et un dépérissement des plus prononcés.

Dans cette situation, le malade se décide à venir réclamer les secours de la chirurgie à Paris, et se fait amener à l'Hôtel-Dieu le 30 août, trente-quatre jours après l'ingestion du corps étranger. On le couche dans le service de M. Roux, que je remplaçais en ce moment (salle Sainte-Marthe, 13).

Le lendemain, 1er septembre, nous constatons les symptômes suivants :

Vomissements bilieux toutes les cinq ou six heures; quatre à cinq garde-robes, quelquefois plus, tous les jours. La langue est rouge et sèche: soif continuelle; pouls faible et à 110, peau chaude; amaigrissement, perte des forces; le facies exprime la souffrance et rappelle celui des individus minés par la phthisie. Le malade ne peut sortir de son lit, il lui serait impossible de se tenir sur ses jambes.

J'explore avec la main la paroi abdominale, qui se laisse très facilement déprimer, à cause de l'extrême maigreur du malade. Je ne trouve nulle part de résistance qui paraisse indiquer la présence du corps étranger; je ne détermine en aucun point de douleur vive. Je reste, en conséquence, dans l'incertitude sur la question de savoir si le corps étranger a franchi ou non l'estomac, et je prescris de l'eau de riz, des lavements de tannin, du diascordium.

Le 2, à la visite du matin, même état. Je questionne et j'explore attentivement pour savoir si la prostration est due réellement à la gastro-entérite provoquée par la pipe, et s'il n'y aurait pas quelque autre lésion; je n'en trouve aucune. Je m'assure bien, en particulier, que cet individu n'est point phthisique. Je songe alors à une opération; mais je suis arrêté par l'ignorance dans laquelle je me trouve sur le siége du corps étranger. Je n'avais pas de plessimètre; la percussion avec le doigt ne m'indique rien. Je reviens le soir, à quatre heures, muni du plessimètre, et je constate et fais constater aux élèves qui m'accompagnaient une matité très marquée dans la région iliaque droite; cette matité se dirigeait transversalement dans la direction de la fin de l'iléon. Je répète plusieurs fois la percussion sur ce point et sur les parties voisines comparativement, et je trouve toujours la même chose. Je pense dès lors que le corps étranger est à la fin de l'intestin grêle, et je me promets, s'il ne

sort pas d'ici à deux ou trois jours, et si la percussion m'indique qu'il reste à la même place, de prendre l'avis de M. Roux, celui de quelques-uns de nos collègues, et, si mon opinion est adoptée, d'inciser la paroi abdominale et d'aller à la recherche du corps étranger.

Le lendemain 3, à la visite du matin, je fais de nouveau la percussion plessimétrique, et je ne trouve plus la matité qui était si évidente la veille au soir. Je pense dès lors que le corps étranger s'est déplacé; en effet, il est rendu à trois heures de l'après-midi, au milieu d'une garde-robe liquide, et sans provoquer de douleur à l'anus.

*Nécropsie.* — Du côté du ventre, péritonite générale extrêmement légère, mais intense sur la face convexe du foie, et occupant les deux tiers à peu près de cette face, avec fausses membranes et épaississement de la capsule de Glisson au niveau du siége de la lésion; rien du côté du foie.

Du côté du tube digestif, les lésions ne sont point celles que l'on rencontre dans les cas d'ingesta. La muqueuse intestinale est à peine grisâtre. Du côté de l'estomac, on trouve deux points légèrement rougeâtres; dans l'intestin grêle, deux ou trois points rougeâtres et comme villeux. Enfin, le colon présente, au niveau de la réunion ascendante et transverse, des ulcérations récentes; dans la troisième portion, des ulcérations dont les unes sont récentes et dont les autres, déjà en voie de cicatrisation, semblent appartenir à des lésions antérieures et occupent surtout la partie inférieure.

La plèvre du côté droit était le siége d'un épanchement qui occupait la gouttière costo-diaphragmatique et d'une inflammation qui pouvait tenir soit au voisinage de la péritonite sous-diaphragmatique, ou bien encore à la sympathie qui existe entre les affections des séreuses. Enfin, le lobe inférieur du poumon du côté droit présentait les traces d'une pneumonie au second degré commençante, et trois cavités qui, à l'aspect de leurs parois irrégulières non tapissées de membranes pyogéniques, avaient dû contenir un liquide de couleur lie-de-vin. Enfin, du côté du cœur, épanchement peu abondant dans le péricarde, dont les parois, nullement altérées, semblaient indiquer qu'il appartenait à une lésion ancienne, plaque laiteuse occupant le sommet et la partie postérieure du sac séreux.

*Cavité crânienne.* — L'autopsie n'a pas été faite.

**Discussion.**

M. Chassaignac ne voit pas dans le fait rapporté par M. Gosselin une indication à la gastrotomie. Pour qu'il y eût indication, il faudrait, suivant lui :

1° Avoir constaté l'impossibilité où serait le malade de rejeter le corps étranger au dehors ;

2° Et un obstacle complet au cours des matières.

M. Gosselin. On ne peut être amené à pratiquer la gastrotomie que par la gravité des accidents et par la certitude de trouver le corps étranger. Si, dans le cas actuel, j'avais pu pratiquer la gastrotomie, j'aurais peut-être arrêté les accidents et prévenu la mort du malade.

**Anatomie pathologique—Carie du temporal. Lésions consécutives du cerveau et des vaisseaux du crâne.**

M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique très remarquable.

Une femme âgée de cinquante ans entra le 26 septembre 1851 dans le service de M. Huguier pour se faire soigner d'un mal d'oreille datant de deux ans.

L'oreille droite était le siége d'un gonflement considérable, et laissait écouler en abondance un pus très fétide. Le conduit auditif externe était détruit ; la conque était remplie de fongosités molles et saignantes. La malade était de plus affectée d'une paralysie de la face. Point de paralysie des membres ; intelligence obtuse.

Deux jours après son admission à l'hôpital, M. Huguier retira de l'oreille malade un corps mollasse qu'il reconnut être l'extrémité d'une sonde que la malade s'était introduite pour empêcher son oreille de se fermer. Ce morceau de sonde, en caoutchouc, avait une longueur de 2 centimètres.

Le 5 octobre, il se fit une hémorrhagie abondante par l'oreille. Elle se reproduisit le 7 au matin.

Mort dans la journée.

*Autopsie, faite avec soin par M. Huguier.*

Le cerveau, au niveau de la fosse temporale droite, présente une teinte gris-noirâtre et est ramolli, comme putréfié. Le temporal,

troué, laisse passer une partie du cerveau; le cervelet passe également en partie à travers la perforation du rocher, presque entièrement détruit par la carie. La substance cérébrale, ramollie et détruite au niveau du ventricule latéral, a laissé une certaine quantité de sang passer dans ce ventricule, et de là dans tous les autres ventricules cérébraux. Le sang avait été fourni par l'ulcération des sinus pétreux inférieur et supérieur et par le golfe de la veine jugulaire, largement ouverte en arrière.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 21 *octobre* 1851.

**Présidence de M. LARREY.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

La Société a reçu un travail de M. Laforgue, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Dans ce travail intéressant, M. Laforgue, après s'être livré à quelques considérations sur les hydatides en général, rapporte une observation curieuse d'hydatide du foie guérie par une opération chirurgicale.

**Fracture comminutive de l'humérus par un coup de feu. — Hémorrhagies consécutives. — Désarticulation scapulo-humérale.**

M. LARREY a reçu d'un jeune chirurgien de l'armée d'Afrique, le docteur Sistach, une observation de plaie d'arme à feu dont il donne une analyse succincte.

Il s'agit d'une fracture grave de l'humérus par une balle, qui, extraite aussitôt, se trouva divisée en trois fragments. Les fatigues du transport et les émotions de la guerre ne permirent des soins réguliers qu'au septième jour de la blessure. Elle offrait trois plaies au bras, dont deux par contre-ouverture, une fracture comminutive de l'humérus avec saillie des fragments sous la peau et une tuméfaction considérable.

M. Lebas, chirurgien en chef de l'hôpital de Djidjeli, tenta vai-

nement la conservation du membre. Deux hémorrhagies consécutives nécessitèrent la désarticulation du bras, qui fut faite d'après le procédé de Larrey sous l'influence du chloroforme. On réunit la plaie par première intention ; les forces, très affaiblies, se rétablirent graduellement, et la cicatrisation définitive au quarante-cinquième jour permit à l'amputé de sortir de l'hôpital deux mois après sa blessure.

La source de l'hémorrhagie parut provenir de l'humérale profonde, érodée par l'un des nombreux fragments osseux qui avaient intéressé l'humérus dans toute l'étendue de son tiers supérieur.

L'auteur de cette observation y joint quelques réflexions judicieuses : d'abord sur les hémorrhagies qui compliquent les plaies d'armes à feu et sont bien plus souvent primitives que consécutives, contre l'opinion généralement établie.

Ainsi, d'après M. Sistach, sur 350 blessés reçus à Djidjeli en mai 1851, on n'a observé que 2 cas d'hémorrhagie consécutive. Il se rappelle avoir vu des résultats analogues au Val-de-Grâce en février et juin 1848.

Il apprécie ensuite la valeur des amputations promptement faites plutôt que différées eu égard aux conditions mêmes dans lesquelles se produisent les hémorrhagies.

Il aurait pu, enfin, à ce double point de vue, rappeler l'important précepte de l'extraction immédiate des esquilles mobiles susceptibles de déterminer des hémorrhagies par érosion et de nécessiter l'amputation consécutive.

**Rapport.**

M. Giraldès. Messieurs, vous avez chargé MM. Larrey, Demarquay et moi de vous rendre compte du travail que vous a adressé M. Birkett, de Londres, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Ce travail, messieurs, comprend trois observations d'hématurie traumatique suivie de guérison. Cette maladie était occasionnée par une contusion violente de la région lombaire et des flancs.

La première observation a pour sujet un jeune homme âgé de dix-neuf ans, qui est tombé du haut d'un toit qui s'écroulait; dans sa chute, il reçut une violente contusion dans la région lombaire et se fractura la mâchoire inférieure.

La deuxième observation a pour sujet un homme de trente-sept ans qui tomba à la renverse sur une poutre.

Enfin, la troisième observation a rapport à un jeune garçon de quinze ans, qui en courant tomba sur un bloc de granit.

Dans ces trois cas, la contusion s'est faite sur des corps arrondis et durs, et dans un cas la chute d'un lieu élevé a dû ajouter à l'intensité du choc celle de la gravité de la blessure ; la nature des corps contondants et l'intensité du choc ont produit une lésion plus ou moins profonde et donné lieu à des accidents primitifs et consécutifs d'une gravité différente.

Dans ces faits, on a observé la série de symptômes qui accompagnent souvent les lésions violentes de l'abdomen, à savoir : douleurs et anxiété, perte de connaissance, sueurs froides, petitesse du pouls, pâleur et constriction du visage, diminution dans la chaleur naturelle des extrémités.

Je viens, messieurs, de vous présenter le résumé des trois observations d'hématurie traumatique qui vous ont été adressées par M. Birkett.

Ces faits, comme vous pouvez le voir, présentent un certain intérêt pour l'histoire des blessures des reins. Ils viennent montrer que dans beaucoup de cas ces organes, quoique placés dans une région profonde, peuvent être atteints par une contusion violente de la région lombaire sans que l'organe tégumentaire présente la moindre trace de violence extérieure. Dans ce cas, le rein aussi bien que le poumon, le cœur, le foie, les intestins, la vessie et même la veine-cave peuvent être contus, lacérés par des pressions, des chocs violents sans qu'on puisse constater une lésion bien remarquable de l'organe tégumentaire.

Au point de vue clinique, cette circonstance est d'une grande valeur; car elle fait sentir combien le chirurgien, dans des cas de cette nature, doit tenir compte des symptômes généraux ou locaux qui se manifestent s'il veut arriver à établir un diagnostic précis et à instituer un traitement convenable.

Dans les trois faits d'hématurie dont nous venons de donner le résumé, l'hémorrhagie a suivi de très près la contusion de la région lombaire; elle n'a pu être produite que par une contusion des reins.

L'auteur de ces observations s'abstient de toute remarque à cet

égard, et il se borne à relater les faits, à exposer la série des symptômes qui se sont développés, sans déduire de ces faits aucune conséquence.

Cette méthode, d'exposer les observations débarrassées de toute remarque touchant le diagnostic ou le traitement, est celle qui est suivie en général par la majorité des chirurgiens anglais. On ne saurait donc adresser aucun reproche à M. Birkett, et les critiques qu'on pourrait opposer à cette manière de procéder incombent plutôt à l'école à laquelle il appartient.

Votre commission a pensé qu'il était de son devoir de vous faire connaître la valeur scientifique du chirurgien qui sollicite vos suffrages.

M. Birkett se présente dans les meilleures conditions possibles. Ce chirurgien est auteur d'un mémoire couronné en 1848 par le Collége royal des chirurgiens d'Angleterre ; cette monographie porte pour titre : *Des maladies du sein et de leur traitement.* Ce travail, de 250 pages, accompagné de onze planches, renferme des détails importants sur les kystes et sur les tumeurs hypertrophiques de la glande mammaire. Dans ce moment, il s'occupe de la composition d'un autre travail qui doit servir de complément au premier, une *Monographie des kystes de la région mammaire.*

M. Birkett, depuis 1849, occupe la position importante de chirurgien adjoint d'un des premiers hôpitaux de Londres ; il est aujourd'hui le premier chirurgien adjoint de Guy's Hospital. Il occupe également, à l'Ecole de médecine de Guy's Hospital, la place de professeur d'anatomie.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° Le dépôt aux archives des observations de M. Birkett ;

2° D'accorder le titre de membre correspondant à M. John Birkett, chirurgien adjoint de Guy's Hospital.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. Birkett est nommé membre correspondant.

### Communications.

M. le professeur Sédillot assiste à la séance. Invité par M. le président à faire quelques communications, il s'exprime dans les termes suivants :

Messieurs,

J'ai voulu profiter de mon séjour à Paris pour assister à une de vos séances. Je lis comme tous les chirurgiens vos travaux avec le plus grand intérêt, et, puisque vous le désirez, j'attirerai un instant votre attention sur quelques points de chirurgie dont je me suis dernièrement occupé.

Comme la plupart des chirurgiens, j'ai longtemps mis en doute l'action des liquides hémostatiques; mais aujourd'hui je suis convaincu de la possibilité d'en tirer un parti avantageux, et il m'a été démontré que l'eau de M. Pagliari, de Rome, jouissait d'une véritable efficacité.

J'ai annoncé dans un mémoire sur ce sujet, adressé à l'Académie des sciences, que je continuerais ces recherches, et je suis dès à présent en mesure de faire connaître la composition du liquide hémostatique de M. Pagliari, qui me l'a révélé avec une libéralité scientifique digne des plus grands éloges.

On sait combien les hémorrhagies consécutives sont dangereuses ; la ligature des artères au-dessus du point où elles ont été déjà entourées d'un fil amène fréquemment, sous l'influence des mêmes prédispositions organiques, les mêmes accidents, et les malades finissent par succomber.

Les hémostatiques préviendraient ce fâcheux résultat, et je connais des exemples de succès obtenus dans des conditions analogues par l'emploi de la poudre de *Matico*, arrosée avec la décoction de la même substance.

On a répété que la physiologie et l'anatomie pathologique ne permettaient pas d'admettre l'action des liquides hémostatiques; c'est, je crois, une grande erreur. Les hémorrhagies s'arrêtent par suite d'un caillot obturateur et de l'occlusion secondaire des artères. Supposez un liquide capable de solidifier rapidement le sang et de le faire adhérer aux tissus environnants, et vous aurez un agent hémostatique d'une incontestable efficacité.

Je publierai très prochainement, au reste, la deuxième partie de mon mémoire, et j'aurai l'honneur de l'adresser à la Société.

Depuis que l'usage des anesthésiques a été introduit dans la pratique chirurgicale, des communications nombreuses ont été faites à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine ; des commis-

sions ont été nommées pour examiner tous les travaux qui ont été adressés à ces corps savants. Jusqu'à ce jour aucun rapport n'a été fait; il pourrait être réservé à la Société de chirurgie, composée de praticiens instruits et distingués, d'évoquer la question et de la juger au point de vue pratique. Si j'en crois un journal de médecine et ce que j'ai vu, un grand nombre de nos confrères emploient le chloroforme de telle façon qu'il cesse d'être utile au malade et au chirurgien, sous le prétexte d'éviter les dangers qui peuvent être attachés à l'anesthésie complète. Dans une lettre adressée à M. Amédée Latour, je me suis inscrit en faux contre cette doctrine, et je n'ai pas craint d'avancer que cet agent, convenablement administré à l'état de pureté, ne tue jamais, l'action en fût-elle longtemps prolongée.

J'ai pu le donner sans danger pendant deux heures; et, en Angleterre, M. Sympson l'a administré pendant vingt-quatre heures, et a trouvé des imitateurs. Quand le chloroforme détermine des accidents, c'est qu'il est impur ou qu'il a été mal administré.

Les malades ne se soumettent pas à une opération et à l'action du chloroforme sans une vive anxiété; il faut les rassurer, agir avec lenteur et les habituer à l'odeur des anesthésiques. En versant quelques gouttes seulement de chloroforme sur le mouchoir dont je me sers, et le maintenant à une certaine distance du malade, on voit ce dernier se calmer peu à peu; la respiration, ordinairement précipitée par la crainte, se régularise; on évite la toux et les spasmes, et lorsque la confiance a reparu, on imbibe largement le mouchoir et l'on précipite l'anesthésie.

Nous jugeons dangereux de forcer le malade à respirer seulement par la bouche, parce que nous avons rencontré plusieurs personnes dont la respiration devenait extrêmement gênée dès qu'on interceptait le passage de l'air dans les narines, et cette gêne aurait certainement été portée à un degré dangereux si à cette cause on eût encore ajouté l'irritation et le spasme, résultant souvent des vapeurs chloroformiques.

Nous évitons généralement la période d'excitation, qui nous a paru plus fréquente chez les hommes adonnés aux boissons alcooliques.

J'attends toujours, pour commencer les opérations, que la réso-

lution musculaire soit obtenue et que les malades n'exécutent aucun mouvement sous l'action des instruments.

Agir autrement me paraît irrationnel, car on se prive du plus grand bénéfice des anesthésiques, l'immobilité des opérés, et l'on ne se met pas à l'abri des accidents, puisqu'on a vu la mort survenir dès les premières aspirations de chloroforme.

Si je ne craignais d'abuser des moments de la Société, j'appellerais un instant son attention sur l'urétrotomie périnéale. Cette opération, jadis employée, disparut en quelque sorte en France sous l'influence des travaux de Chopart. Il n'en est pas de même en Angleterre, où actuellement elle est souvent pratiquée non-seulement pour guérir les rétrécissements durs, calleux, infranchissables, mais pour la cure des rétrécissements dilatables. M. Syme s'est déclaré partisan de cette manière de traiter les rétrécissements. Je crois qu'on adoptera en partie cette méthode, en la restreignant aux rétrécissements inextensibles et à ceux que l'on ne parvient pas à franchir. J'en ai obtenu dans de pareils cas de très beaux succès.

Voici le résumé de deux observations.

Premier fait. — M. X..., capitaine, âgé de quarante-sept ans, a été sondé à Lyon pour la dernière fois en 1840. Depuis six ans il n'urine plus qu'avec les plus grandes difficultés. Toutes les tentatives de cathétérisme faites depuis quatre mois avec des bougies tordues ou non, avec ou sans chloroforme, ont été infructueuses, quoique renouvelées par plusieurs personnes. L'urine est purulente et ne coule plus que goutte à goutte, chassée de derrière en avant par la main du malade en comprimant le périnée.

*Opération le* 11 *juillet* 1851. — L'opération a duré une heure et un quart. Le 25 août, la plaie du périnée est complétement fermée, et le malade urine depuis ce moment avec la plus grande facilité. Les sondes Mayor n^os 3 et 4 traversent le canal au niveau de l'incision périnéale sans y rencontrer d'obstacle. La fièvre a disparu, l'embonpoint renaît, et après quinze jours d'intervalle la sonde a traversé le canal sans difficulté.

Second fait. — Un pharmacien suisse, âgé de quarante-huit ans, atteint depuis 1835 d'un rétrécissement, et depuis une année d'une fistule urinaire, a été sondé avec avantage en 1836 par M. Wurtzer, de Bonn; cautérisé en 1851 par M. Fraenkel, d'Alberfeld. Je

l'opère le 22 juillet 1851. Le malade, qui n'avait pu être sondé depuis plusieurs mois, était parvenu à introduire dans le rétrécissement une bougie filiforme, et je profitai de cette heureuse circonstance pour pratiquer l'opération de la boutonnière. Le malade est resté complétement privé de sensibilité et de mouvement pendant une heure cinq minutes; 128 grammes de chloroforme ont été consommés; aucun accident n'entrave la cure, qui est complète le 20 août. A cette époque la fistule est fermée, et le canal reçoit librement les sondes Mayor n^os 3 et 4. Le malade quitte Strasbourg le 2 septembre complétement guéri.

L'opération de la boutonnière présente de grandes difficultés quand l'urètre est imperméable, comme cela existait chez notre premier malade. Pour détruire le rétrécissement qui existait vers la région du bulbe, j'ai dû fendre cet organe sans inconvénient; et pour ne pas perdre la partie de l'urètre qui était continue avec la partie antérieure du rétrécissement, je maintins les lèvres du canal écartées avec de petites pinces érignes, et un jet d'eau fut poussé de manière à bien apercevoir les tissus. Je parvins aussi à introduire l'extrémité très mince d'un stylet cannelé en argent, sur lequel je fendis l'obstacle. Je portai alors un second stylet dans l'urètre pour me servir de conducteur. Je fis glisser entre eux une sonde en gomme élastique dans la vessie, et m'étant assuré de la liberté du passage, je retirai la sonde et en engageai une très grosse à courbure fixe par l'orifice de l'urètre. Le bout de l'instrument apparut bientôt à la plaie périnéale; engagé entre les deux conducteurs métalliques laissés dans la partie postérieure de l'urètre, je le fis parvenir sans difficulté dans la vessie.

On voit que les stylets d'argent dont je fis usage remplacèrent dans ce cas les conducteurs mâle et femelle que les anciens employaient dans l'opération de la taille. Si l'on ne découvrait pas l'orifice du rétrécissement, il faudrait ouvrir l'urètre en arrière, en se guidant sur le bord antérieur de la prostate; mais c'est une véritable complication.

**Discussion.**

M. Maisonneuve. Je crois que M. Sédillot a été mal renseigné relativement à l'emploi du chloroforme, au moins à Paris. Il est vrai qu'ici plusieurs chirurgiens haut placés se hâtent d'opérer

avant que le malade soit arrivé à la période de résolution, se laissant effrayer par les spasmes et l'agitation qui surviennent chez tous ou presque tous les malades pendant la première période de la chloroformisation. Quant à moi, je crois qu'il ne faut opérer que lorsque cette première période est passée et que les malades respirent largement. C'est d'ailleurs, je le sais, la pratique généralement suivie par la Société de chirurgie.

M. Sédillot. C'est avec une grande satisfaction que j'entends M. Maisonneuve se déclarer partisan de l'anesthésie complète; mais je crois qu'il n'a pas accordé assez d'importance aux nombreuses dissidences qui se sont révélées à cet égard. Un des dangers que j'avais annoncés est arrivé, et l'on a vu dans un hôpital un amputé du bras s'échapper des mains des chirurgiens avant la ligature des artères, et il fallut le poursuivre et le saisir pour achever l'opération.

Je nie que la période d'irritation se montre chez tous les malades, ou chez la plupart des malades. L'excitation signalée par M. Maisonneuve survient plus particulièrement, il est vrai, chez les hommes habitués aux alcooliques.

M. Chassaignac. Je n'applique l'instrument tranchant sur des tissus vivants qu'autant que la chloroformisation est complète. J'ai soin que le chloroforme que j'emploie soit pur; j'attache surtout, pendant la chloroformisation, une grande importance au pouls. Je n'ai point examiné la respiration avec autant de soin que M. Sédillot. Je préfère faire respirer les malades par les narines plutôt que par la bouche. Je crois que de la sorte l'action du chloroforme est plus prompte et que le malade est plus à l'abri des spasmes.

M. Sédillot. La période d'excitation, ainsi que je le disais il y a un instant, manque le plus souvent; mais lorsqu'elle survient, il faut néanmoins continuer l'action du chloroforme, mais avec beaucoup de prudence. On peut, dans quelques cas, amener la résolution en faisant faire quelques larges inspirations si la respiration n'est pas gênée; autrement il est plus prudent d'attendre un moment et de reprendre la chloroformisation quand l'agitation commence à cesser.

M. Guersant. J'emploie beaucoup le chloroforme chez les enfants, soit comme moyen d'examen, de diagnostic, soit dans le but d'amener l'insensibilité nécessaire aux opérations. Je vois très rare-

ment la période d'excitation survenir, et je n'opère, comme la plupart de mes collègues, que lorsque l'insensibilité est complète.

M. Forget. Je m'élève contre la formule trop générale de M. Sédillot. Le chloroforme ne tue jamais. Cette formule est en opposition avec les faits. Pour être admis à dire que l'on peut donner le chloroforme sans danger, il faudrait pouvoir donner la mesure de l'agent anesthésique que l'on peut administrer à chaque individu en raison de son idiosyncrasie. Malgré la pureté du chloroforme, il peut arriver des accidents, et je citerai tout de suite ce qui récemment est arrivé à M. Rigaud, qui pratique la chirurgie sur le même terrain que M. Sédillot, et qui emploie le même chloroforme. Peut-on opérer, dans la période d'excitation, avant que l'éthérisation soit complète? Les expériences physiologiques qui démontrent qu'à cette époque la sensibilité est abolie répondent d'une manière affirmative. M. Velpeau, M. Simonin, d'autres chirurgiens et moi-même avons opéré durant cette période sans danger pour le malade.

M. Sédillot. La formule par laquelle j'exprime ma pensée relativement à l'application du chloroforme me paraissait trop inattaquable, puisqu'elle comprend les questions de durée et d'indication. On parle de la durée de l'emploi de l'agent anesthésique; mais cette durée est indéterminée. Tant que l'individu respire bien, le chloroforme peut être donné. On me dit encore, on tue avec le chloroforme. Sans doute on tue; mais ce n'est pas le chloroforme qui donne ce triste résultat, c'est sa mauvaise application. Les expériences physiologiques auxquelles on faisait allusion ont sans doute beaucoup de valeur; mais il ne me paraît pas inutile de rappeler que la clinique, dans des sujets de ce genre, est le dernier terme de l'observation, et que ses expériences l'emportent sur celles pratiquées sur des animaux.

Quant aux accidents relatés par un de mes collègues, je ne pourrais ni ne voudrais avoir à m'en occuper.

J'ai publié dans mon mémoire l'observation d'un malade qui avait été en danger de succomber; mais dans ce cas le chloroforme fut mal administré. C'est assez dire que d'autres que moi ont dû rencontrer de pareils faits.

Doit-on opérer un malade pendant la période d'excitation, quand l'individu crie, chante, s'agite? Eh bien, non. Le chloroforme ainsi

appliqué perd ses deux avantages : l'immobilité et l'insensibilité complète, résultats immédiats d'une bonne chloroformisation. Autrefois, à cause de la douleur, le chirurgien sacrifiait un peu la sûreté à la dextérité ; maintenant c'est la dextérité qu'il faut sacrifier à la sûreté. L'emploi du chloroforme permet au chirurgien de pratiquer des opérations qu'il ne faisait point autrefois. Mais c'est à la condition d'obtenir un repos et une immobilité complets qui permettent au chirurgien d'agir avec une grande sûreté.

M. Huguier. Au point de vue médico-légal, la proposition de M. Sédillot peut être la source de graves inconvénients pour le chirurgien, si l'on admet que le chloroforme ne tue jamais; car, comme des accidents mortels sont survenus et qu'ils peuvent se reproduire, il en résulte que le chirurgien sera poursuivi et souvent condamné. La question du chloroforme n'est point encore complétement jugée ; les chirurgiens ne sont d'accord ni sur la manière de l'administrer, ni sur la dose, ni sur la durée de son application. Eh bien! en présence de ces incertitudes, doit-on toujours pousser l'administration des anesthésiques jusqu'à la résolution? Sans doute il importe souvent de le faire; mais à quoi bon aller si loin lorsque l'opération est facile et ne doit durer qu'un instant?

M. Giraldès. Les accidents qui surviennent pendant l'anesthésie peuvent être rapportés au chloroforme et à son mode d'administration.

Depuis que je suis les règles de chloroformisation indiquées par le professeur de Strasbourg, je vois moins souvent survenir la période d'excitation. Je suis parfaitement de l'avis de M. Sédillot, qu'il ne faut point opérer pendant cette période. Les malades s'agitent, s'échappent, et, tout en courant de graves dangers eux-mêmes, peuvent compromettre le chirurgien.

M. Sédillot. Je n'admets pas qu'une question judiciaire puisse être opposée à la vérité. Nous nous trompons tous, et le plus sage est celui qui fait le moins de fautes. La magistrature, en France, sait, en général, sainement juger les cas qui lui sont soumis, et il ne faut peut-être pas que les hommes de l'art soient absolument libres de tout faire sans aucune responsabilité. J'ajoute, en terminant, que jamais je n'ai vu de malade réfractaire au chloroforme, et qu'il ne m'est jamais arrivé d'accident.

Cette discussion, dans laquelle la plupart des membres de la Société se sont hautement déclarés les partisans de l'anesthésie complète, aura, j'espère, une heureuse influence sur la pratique chirurgicale, en lui inspirant plus de sécurité et en la ramenant aux conditions rationnelles et efficaces de l'emploi des anesthésiques.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du 29 octobre* 1851.

### Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

#### Correspondance.

M. MASCAREL, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, adresse une lettre à la Société de chirurgie et la remercie du titre de membre correspondant qui lui a été accordé.

M. BIRKETT, chirurgien de Guy's Hospital, adresse les mêmes remercîments.

#### Hématocèle.

M. CHASSAIGNAC présente un malade atteint d'hématocèle et qui doit être opéré incessamment. C'est pour cette dernière raison que M. Chassaignac désirait demander les conseils de ses collègues au sujet de la particularité suivante : Le testicule, au lieu de faire corps avec la tumeur, qui est fluctuante et très ferme, en est distinct et se meut évidemment dans la tunique vaginale ou dans une portion de tunique vaginale indépendante de l'hématocèle.

#### Exophthalmie.

M. CHASSAIGNAC avait présenté dans la dernière séance une jeune femme atteinte d'exophthalmie due à la présence d'une tumeur placée tout entière à l'intérieur de l'orbite et paraissant en occuper la partie inférieure. L'œil avait conservé tous ses mouvements, sauf un peu de diminution dans le mouvement d'abaissement. Les sensations visuelles, quoique considérablement affaiblies, n'étaient pas complétement éteintes. Cependant l'exorbitisme était tellement avancé que le muscle orbiculaire se contractait non plus en avant

comme à l'état normal; mais en arrière du globe, qu'il tendait à expulser plus complétement encore.

Cette jeune femme a été opérée hier. La tumeur, qui s'étendait jusqu'au fond de l'orbite, a été extraite en totalité au moyen de résections partielles, qui en ont amené la sortie en trois fragments, dont l'ensemble présente un volume un peu plus considérable que celui d'un testicule d'adulte.

M. Lebert. J'ai examiné avec grand soin la tumeur qui m'a été remise par M. Chassaignac; elle est formée d'une enveloppe fibreuse qui envoie des prolongements au centre de la tumeur. Le parenchyme est formé d'une substance grenue, analogue au pancréas. A l'examen microscopique, on constate des vésicules hypertrophiées qui m'ont paru être les vésicules de la glande lacrymale elle-même. Tout me porte à croire que la tumeur que j'ai examinée est formée par l'hypertrophie du lobule supérieur de la glande lacrymale.

M. Demarquay. Nous devons regretter à bien des titres que M. Robert soit éloigné de nos séances; il aurait eu, à propos de l'observation de M. Lebert, des considérations intéressantes à présenter, car je sais qu'il étudie l'hypertrophie glandulaire avec grand soin.

**Amputations.**

M. Giraldès lit un rapport sur un mémoire de M. James, intitulé : *Mémoire sur les causes de mortalité à la suite des amputations.*

Après avoir analysé les statistiques publiées par MM. Lacorie, Steel, Philipps, Malgaigne, etc., l'auteur du mémoire établit :

1° Que les amputations traumatiques sont plus graves que les mêmes opérations pratiquées pour des lésions organiques;

2° Que cette gravité est plus grande aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs;

3° Que cette gravité est inhérente à la nature de la blessure, qui produit un ébranlement général.

Cet ébranlement persiste pendant un temps plus ou moins long; il continue son effet après que l'amputation a été pratiquée : aussi beaucoup de cas de mort à la suite des amputations sont-ils plutôt produits par l'effet de cet ébranlement général que par l'opération elle-même.

C'est encore à cette cause qu'il faut attribuer les inflammations

de mauvaise nature et autres complications graves qui accompagnent les amputations à la suite de lésions traumatiques.

Cette modification générale de l'économie à la suite de l'ébranlement, du choc, qui accompagne ces lésions, est probablement la cause de mortalité par suite de ces opérations; car elle détermine une modification dans l'état du sang et une influence très grande sur le résultat.

**Discussion sur le rapport de M. Giraldès.**

M. Chassaignac. Je n'ai aucune objection à adresser au rapport de M. Giraldès; mais quant à l'idée émise par le docteur James, que les lésions traumatiques auraient la propriété de constituer l'état général de l'économie dans des conditions morbides particulières, je rappellerai que cette idée a été formulée plusieurs fois dans le sein de la Société, notamment dans la séance du 11 octobre 1848. J'ai même qualifié ce fait d'empoisonnement par excès de violence mécanique, mode d'intoxication dont j'ai déduit l'existence du phénomène cadavérique de la décomposition rapide des cadavres après l'action de causes traumatiques très violentes. A ce sujet, M. Chassaignac obtient de la Société de lire un court passage d'un travail publié il y a deux ans, et qui établit très nettement :

1° La relation d'une putréfaction rapide des cadavres avec les grandes violences mécaniques;

2° L'idée d'un empoisonnement général et instantané de l'économie par le seul fait de ce genre de cause.

M. Larrey. Il me semble que l'on ne tient pas assez compte peut-être de l'expérience et des travaux d'une époque antérieure à la nôtre sur la question qui vient d'être soulevée.

La mortalité à la suite de l'amputation des membres n'a pas encore, il est vrai, été appréciée dans toutes les conditions qui s'y rattachent; mais si la valeur des recherches statistiques à cet égard acquiert de jour en jour plus d'importance, il ne s'ensuit pas qu'autrefois on ait négligé de tenir compte des principales influences qui font succomber les amputés dans les cas de lésions accidentelles.

A. Paré, Ledran, Dufouart et d'autres ont signalé quelques-unes des causes de mort et de décomposition rapide des cadavres après

les grandes blessures. Ils paraissent rattacher surtout à l'ébranlement des centres nerveux ou à la commotion les effets qui compliquent d'abord la lésion locale et ensuite l'amputation, pour réagir sur les fonctions générales, par l'altération du sang, par les suppurations diffuses ou métastatiques, et par la désorganisation des viscères, surtout chez les sujets débilités par diverses causes antécédentes à la cause traumatique.

M. Maisonneuve. Un fait qui s'est passé dans mon service et qui a été reproduit par la *Gazette des Hôpitaux* pourrait rendre compte de l'empoisonnement signalé par M. Chassaignac. En effet, j'ai vu, dans une jambe qui avait été soumise à une violente contusion, survenir de la tuméfaction et de l'emphysème.

Une incision que je fus obligé de faire dans les parties tuméfiées me fit découvrir que des gaz existaient dans le système nerveux. Je prolongeai mon incision jusque dans les parties saines, et je vis les mêmes gaz dans les veines qui ne se trouvaient point au centre des parties contuses et altérées. On comprend d'ailleurs la formation de ces gaz au milieu d'éléments de putréfaction. On peut donc se demander si ces absorptions de gaz ne peuvent pas jouer un très grand rôle dans les phénomènes qui sont maintenant en discussion.

M. Chassaignac. Sans doute le fait a été depuis longtemps observé, mais l'explication n'avait point été donnée. La cause générale du fait était inconnue, et c'est seulement il y a deux ans que je l'ai déterminée dans un travail spécial.

M. Michon. M. Maisonneuve déclare que c'est dans le système veineux vivant qu'il aurait trouvé des gaz. Ce fait est important; mais avant d'être admis, il faut qu'il soit bien constaté; car il établirait que des gaz venant au dehors peuvent circuler dans le système veineux.

### Taille chez l'homme.

M. Lenoir. Ma position à l'hôpital Necker, près du service des calculeux confié à M. Civiale, me donne assez fréquemment l'occasion de pratiquer la lithotomie. Je l'ai faite huit fois sur des sujets de tout âge l'an passé, et quatre fois cette année; mais je la pratique ordinairement dans des cas peu favorables au succès. Ce sont ceux qui sont réfractaires à la lithotritie, à cause du volume du

calcul ou du mauvais état des voies urinaires. Toutefois, jusqu'à présent, je ne m'étais pas encore trouvé en présence d'un calcul aussi volumineux que celui que j'ai l'honneur de vous présenter. Il pèse 120 grammes. Le malade qui le portait souffrait depuis neuf ans, et depuis plusieurs mois il n'avait pas goûté un instant de repos. Il avait été soumis à l'usage prolongé des eaux de Contrexeville, et avait rendu à plusieurs reprises des fragments de calcul capables de remplir l'excavation formée par les deux mains réunies. J'opérai mon malade à l'aide du chloroforme, dont l'action fut maintenue pendant près d'une demi-heure, temps pendant lequel a duré l'opération. Le calcul était fragile, et je fus obligé d'introduire à plusieurs reprises les tenettes; le rectum fut soulevé avec le doigt, afin d'être sûr que tous les fragments étaient bien saisis. Le calcul est formé par un noyau d'oxalate de chaux autour duquel se sont déposés des couches d'acide urique et d'urate de chaux. Depuis l'opération, le malade a été très bien; il n'est survenu aucun accident, ce sur quoi on devait peu compter.

M. Guersant. J'ai eu occasion d'opérer un enfant de onze ans sur lequel M. Ségalas avait fait des tentatives de lithotritie, et j'ai pu extraire 91 grammes de matières lithiques.

**Fracture. — Luxation congéniale. — Résection.**

M. Maisonneuve présente trois pièces anatomiques.

La première est une fracture de jambe à sa partie inférieure. Le tibia seul est fracturé d'une manière comminutive. Le péroné est intact.

La seconde est une articulation du coude, sur laquelle on a fait une résection il y a six semaines. La mort a été occasionnée par une maladie accidentelle. L'articulation nouvelle est presque formée.

La troisième est une luxation congéniale du fémur, sur laquelle on constate tous les caractères anatomiques de ces luxations.

Après quelques observations de MM. Morel et Giraldès, la séance est levée.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

*Séance du 5 novembre* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

**Hydrocèle.**

M. Chassaignac présente un malade affecté d'hydrocèle congénitale.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

**Hématocèle.**

A propos du procès-verbal, M. Chassaignac présente les enveloppes d'une hématocèle qui s'était formée entre la tunique vaginale et la tunique érythroïde.

**Correspondance.**

M. le ministre de la marine informe la Société qu'il souscrit pour trois exemplaires de ses mémoires et de ses bulletins, destinés aux bibliothèques des écoles maritimes.

**Ponction d'un kyste hydatique du foie par le bistouri. Injections iodées.**

M. Boinet rapporte qu'il a fait, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet, une injection iodée dans un kyste hydatique du foie qu'il a ouvert avec le bistouri.

Ce malade, âgé d'environ quarante ans, est entré à l'hôpital pour la tumeur qu'il porte dans la région hépatique ; il est très affaibli, et convalescent d'une pleuropneumonie avec épanchement. Il présente une teinte ictérique générale et très prononcée, et éprouve beaucoup d'oppression. Cette tumeur, qui semble dépendre du foie, est volumineuse et occupe tout l'hypochondre droit ; elle est molle, fluctuante, sans résistance ; elle soulève la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes, et la peau, dans son point le plus saillant, est pâle, mate et le siége d'un léger empâtement. Il n'existe aucun signe de cette crépitation particulière qui dénote la présence d'acéphalokystes.

Après avoir examiné ce malade, sur l'invitation de M. Briquet,

je pense qu'en présence d'un cas aussi grave, le malade éprouvant beaucoup d'oppression et paraissant voué à une mort certaine, on ne doit pas rester dans l'inaction, et que la ponction du kyste, suivie d'une injection iodée, pourra, sinon le guérir radicalement, au moins le soulager beaucoup.

En proposant cette opération, je songeais bien aux dangers d'une ponction faite avec le trocart ou le bistouri dans une pareille tumeur, et à l'épanchement péritonéal qui pouvait avoir lieu si des adhérences n'existaient pas entre les parois du kyste et la paroi abdominale; mais plusieurs circonstances me faisaient supposer que des adhérences devaient exister.

D'abord la couleur mate de la peau, son empâtement dans une étendue assez considérable, dans le point où la tumeur offre une saillie assez prononcée; la minceur des parois qui séparent le doigt du liquide contenu dans le kyste, me faisaient penser que toutes les parties avaient été le siége de symptômes inflammatoires, et qu'il existait probablement des adhérences; de plus, si on faisait coucher le malade sur le côté opposé, cette tumeur ne s'éloignait pas du point où elle était le plus saillante, et où elle semblait adhérer, et la fluctuation y restait aussi sensible.

Si d'ailleurs je m'étais trouvé en présence de signes moins probables, et si j'avais craint l'absence d'adhérences du kyste avec les parois abdominales, j'avais pensé, dans le cas où il y aurait urgence d'opérer promptement, à employer un trocart particulier très large, comme celui de M. J. Guérin, par exemple, pour les ponctions sous-cutanées, et construit de telle façon qu'on pût, à l'aide de petites érignes introduites dans le canal, ou de crochets-érignes qu'on pût faire saillir en dehors d'une canule fenêtrée, accrocher les parois du kyste et les fixer à la paroi abdominale, avec laquelle elles contracteraient des adhérences. De cette façon, on se mettrait sûrement à l'abri de tout épanchement dans le péritoine. D'ailleurs, j'ajouterai que, si cet épanchement avait lieu, il serait sans inconvénient avec de la teinture d'iode. Des faits déjà nombreux, des expériences faites par M. le professeur Velpeau sur des animaux, ont démontré l'innocuité de la teinture d'iode à un certain degré de concentration dans la séreuse abdominale.

Mais en présence du cas devant lequel je me trouvais, d'après les signes que j'ai énumérés tout à l'heure, j'avais la presque cer-

titude qu'il existait des adhérences ; aussi n'hésitai-je pas à faire une ponction dans l'endroit le plus fluctuant et dans le point où les parois abdominales paraissaient le plus amincies, avec un gros trocart, plus gros que celui dont on se sert ordinairement pour l'hydrocèle. Le trocart retiré de la canule, rien ne sortit ; cependant la sensation que j'avais éprouvée au moment de la ponction ne me laissait aucun doute que j'avais pénétré dans une poche contenant du liquide. Parmi les nombreux témoins qui assistaient à cette opération, plusieurs pensèrent qu'il y avait eu erreur de diagnostic, ou que je n'avais pas pénétré dans la poche hydatique. Un stylet d'abord, ensuite une sonde cannelée introduite dans la canule, qu'ils dépassaient de plusieurs centimètres du côté du ventre, n'amenèrent, pendant plusieurs minutes, l'écoulement d'aucun liquide, malgré toutes les tentatives faites pour repousser les fausses membranes ou les hydatides qui pouvaient, en bouchant l'extrémité de la canule, s'opposer à l'écoulement de la sérosité ; enfin, quelques gouttes de pus apparurent et vinrent nous avertir qu'un obstacle empêchait le reste de sortir.

Un pareil résultat, soit dit en passant, prouve que les ponctions exploratrices dont on fait souvent usage pour éclairer un diagnostic incertain peuvent dans certains cas devenir une cause d'erreur, et laisser croire qu'il n'existe pas de liquide dans une cavité où une tumeur qui en renferme.

L'apparition de ces quelques gouttes de pus, tout en me confirmant dans la pensée que j'avais pénétré dans le kyste, me donna la certitude qu'une inflammation avait existé dans cette tumeur hydatique, et qu'il devait y avoir des adhérences. Retirant aussitôt la canule du trocart, j'incisai couche par couche la paroi abdominale dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, et le doigt porté au fond de cette plaie me fit reconnaître que je n'étais séparé du liquide, dont le flot touchait pour ainsi dire mon doigt, que par une couche très mince de tissu. Un bistouri droit fut plongé dans ce point, et aussitôt du pus en grande quantité et des hydalides nombreuses (environ 25 ou 30) s'échappèrent par l'ouverture que je venais de pratiquer et dans laquelle j'introduisis une pince à pansement pour en écarter les bords et faciliter l'écoulement de tout le contenu de cette tumeur du foie. Il est sorti 1,050 grammes de pus. Une injection iodée fut pratiquée immédiatement et laissée dans le kyste pendant

cinq ou six minutes. L'injection était composée de 50 parties de teinture d'iode, 50 parties d'eau et 2 grammes d'iodure de potassium. Environ 70 grammes de cette préparation ont été injectés. Le malade a éprouvé une sensation de cuisson, de chaleur vive; mais ces phénomènes, qui ont été très supportables, n'ont duré que quelques minutes. Cette injection n'a provoqué ni fièvre, ni réaction, et pas le moindre signe d'inflammation. Le malade a éprouvé sur-le-champ un mieux sensible; l'oppression qu'il éprouvait avant l'opération avait disparu, et depuis l'évacuation de ce kyste son état s'est sensiblement amélioré. Il prend chaque jour plusieurs bouillons, des potages, et dort chaque nuit comme il n'avait pas fait depuis longtemps. Par l'ouverture, qui est restée fistuleuse, il sort encore tous les jours quelques acéphalocytes avec un peu de matière purulente. En somme, ce malade se trouve très bien et ne souffre en aucun point. Il y a aujourd'hui huit jours qu'il a été opéré; déjà la teinte ictérique a considérablement diminué, et toutes les fonctions se font parfaitement bien.

**Discussion.**

M. Maisonneuve. Je ferai observer à M. Boinet que l'idée du trocart dont il vient de parler dans sa communication ne lui appartient pas. J'ai fait construire un trocart semblable, dans le but de traiter un kyste formé par la vésicule du fiel et les kystes de l'ovaire; je crois même qu'il en existe plusieurs variétés de modèles chez M. Charrière.

M. Guersant. C'est avec un véritable étonnement que je vois M. Boinet faire la ponction d'un kyste hépatique sans avoir positivement la certitude que des adhérences s'étaient formées. Je suis partisan des injections iodées dans ce cas; mais je suis surpris de voir M. Boinet n'avoir aucune crainte de voir les injections iodées pénétrer dans le péritoine, quand moi j'ai eu le malheur de perdre un enfant pour quelques gouttes d'eau tiède qui étaient passées dans cette membrane séreuse pendant que je faisais une injection de ce liquide dans une poche hydatique du foie.

M. Boinet. Il y avait, suivant moi, des adhérences établies entre la face convexe du foie et les parois abdominales; la minceur de la peau, qui menaçait de se rompre, les antécédents du malade, me donnaient la certitude du fait. D'ailleurs, il existe dans la science

des faits qui prouvent que les injections iodées dans la cavité péritonéale ne sont pas graves. Je citerai les expériences de M. Velpeau sur les chiens, et certains faits d'hydrocèles congénitales dans l'injection, desquelles une certaine quantité de liquide est passée de la tunique vaginale dans le péritoine, sans grand danger pour le malade.

M. Guersant. Je ne crois pas que l'on puisse s'appuyer, pour défendre la thèse de M. Boinet, sur ce qui se passe dans les animaux, ni sur quelques faits exceptionnels de la pratique chirurgicale, lorsque chaque jour nous démontre la gravité du passage des liquides dans la cavité séreuse abdominale.

M. Chassaignac. Je trouve le résultat de M. Boinet très beau. Ordinairement il y a fièvre et une réaction plus ou moins vive après l'incision des kystes hydatiques. Ici nous n'avons rien de cela; le malade reste calme. Toutefois, je ne partage pas l'opinion de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées faites dans le péritoine. Je rappellerai que Bérard (Auguste) fut moins heureux que M. Velpeau, et qu'une mort prompte a suivi l'injection iodée faite dans un vieux sac herniaire chez une femme.

J'ai souvent eu occasion de constater, comme notre collègue, que le trocart explorateur, après les ponctions exploratrices, ne donne souvent aucun résultat, malgré l'introduction du stylet. Pour prévenir cet inconvénient, M. Récamier a fait pratiquer des ouvertures sur les parties latérales du trocart, et, de cette façon, on évite l'erreur.

M. Larrey rappelle que d'anciens trocarts, dont la description ou l'image pourrait être retrouvée, présentent des modifications favorables à l'écoulement des fluides. Ainsi, à part le trocart à gouttière ou à cannelure de J.-L. Petit, il en est de fenêtrés dont la canule est pourvue d'ouvertures latérales, doubles ou multiples, à l'effet de suppléer à l'oblitération de son orifice ordinaire.

M. Boinet. J'ai eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'un homme qui avait succombé à un cancer du foie, et chez lequel j'avais fait deux injections iodées, à quinze jours d'intervalle, pour une ascite. Ce malade était dans le service de M. le professeur Requin, à la Pitié. Ces deux injections n'ont donné lieu à aucun symptôme de péritonite, et l'autopsie a démontré que les lésions anatomiques qu'on a rencontrées étaient absolument les mêmes que celles que

M. Velpeau avait déjà signalées chez les chiens où il avait fait de pareilles injections; c'est-à-dire qu'il n'y avait pas trace de péritonite; que les intestins étaient collés, agglutinés par une espèce de mucus, de gelée, qui n'établit aucune adhérence ni entre les circonvolutions intestinales, ni avec les parois abdominales. Dans un autre cas, chez une dame, où une injection trop concentrée avait été faite, il y eut une péritonite violente, mais qui céda facilement aux moyens employés en pareille circonstance; elle guérit en conservant dans le ventre des tumeurs, des masses dures, dues probablement à une sécrétion abondante de lymphe coagulée par l'inflammation, indurations qui n'ont gêné en rien les fonctions nutritives.

M. Demarquay. Je crois que M. Boinet aurait tort de trop s'appuyer sur les expériences faites sur les chiens pour conclure à ce qui doit arriver à l'homme. J'ai fait un certain nombre d'expériences sur ces animaux, et je me suis assuré qu'ils guérissent parfaitement des péritonites que le chirurgien fait naître. Notre collègue dit cependant que les chiens succombent quand on fait des injections avec une trop forte proportion d'iode; il y a à se demander si, dans ce cas, les animaux succombent à la péritonite ou à l'empoisonnement déterminé par la teinture d'iode donnée à fortes doses.

**Polypes de l'urètre chez la femme.**

M. Forget met sous les yeux de la Société une tumeur de l'urètre qu'il a excisée chez une dame, cliente de M. le docteur Compérat; il a emporté avec la tumeur un anneau complet de la membrane muqueuse qui était à l'état de procidence très prononcée. Cette tumeur occupait le côté droit du méat urinaire, et se prolongeait par une base assez large dans l'épaisseur de la membrane muqueuse. Excessivement douloureuse et saignant au moindre contact, elle formait une proéminence du volume d'une petite noix. Sa présence occasionnait de la gêne et de la douleur en marchant; elle rendait, en outre, la miction plus lente et déviait le jet de l'urine de sa direction naturelle. Après avoir anesthésié la malade, M. Forget saisit la tumeur avec une pince de Museux, la dégagea de l'intérieur du canal en l'attirant en avant, et, après avoir reconnu d'une manière précise sa limite, il l'excisa.

Les polypes de l'urètre à pédicule grêle et plus ou moins allongé ne sont pas rares chez la femme, ajoute M. Forget; mais les végétations, les tumeurs vasculaires à base large sont moins communes. A ce titre, le fait qu'il a rapporté lui a paru mériter l'attention de ses collègues. Il faut ajouter que la procidence de la muqueuse urétrale, au degré où elle existait, n'est pas non plus un fait vulgaire.

En ne bornant pas l'action chirurgicale à la simple excision de la tumeur, j'ai voulu ne pas laisser subsister sur le côté opposé du méat urinaire une sorte de soupape flottante qui, après l'opération, se fût appliquée contre l'ouverture du canal; c'est pour cela que j'ai pratiqué une véritable circoncision du tissu muqueux exubérant.

Après l'opération, dans le but de prévenir l'hémorrhagie, M. Forget introduisit dans le canal une sonde assez volumineuse pour exercer une certaine pression contre les parois et devenir ainsi un moyen hémostatique. Ce qui me décida, dit-il, à prendre cette précaution, ce fut le souvenir d'un fait que j'ai observé il y a dix ans. J'avais assisté Lisfranc dans une excision d'un petit polype de l'urètre pratiquée à la femme d'un de nos confrères. Une heure après l'opération, la malade, pâle, refroidie, était tombée en syncope : appelé en toute hâte, je constatai un développement notable de la vessie, dans la cavité de laquelle le sang provenant de l'urètre s'était épanché. Pour faire cesser les accidents, il me suffit dans ce cas de comprimer le canal contre le pubis avec le doigt indicateur porté sous la symphyse.

M. Huguier. J'ai eu occasion d'étudier avec soin les polypes de l'urètre; dix-neuf fois sur vingt ces productions se développent à la partie inférieure du canal de l'urètre; souvent ces tumeurs sont de nature érectile; elles saignent au moindre contact. La marche, le coït les irritent; souvent elles sont l'occasion d'hémorrhagies assez graves quand on les enlève avec l'instrument tranchant. Pour prévenir cet accident, j'ai l'habitude, quand je les enlève, de cautériser la place qu'elles occupaient. Cette cautérisation a le grand avantage de prévenir le retour de la maladie, et je tamponne ensuite l'orifice vulvaire. On peut comparer ces productions polypeuses à l'épulis, qui a, comme on sait, une certaine tendance à se reproduire.

M. Guersant. J'ai eu cinq ou six fois l'occasion d'enlever des po-

lypes de l'urètre sur des adultes ou sur des enfants; une fois j'ai eu à combattre une hémorrhagie assez sérieuse. Pour prévenir cet accident, je préfère maintenant la ligature.

**Ponction de la vessie par la région sus-pubienne.— Lésion de la prostate.**

M. Monod présente la vessie et les organes génitaux d'un individu décédé à la Maison nationale de santé à la suite d'une affection cancéreuse de ces organes et chez lequel la ponction de la vessie au-dessus du pubis a été compliquée de la blessure de la prostate par la pointe du trocart.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, entré à la Maison de santé le 18 juin 1851, après avoir été traité en province pendant deux mois pour une rétention d'urine, présentait à son arrivée les lésions suivantes :

Tumeur au niveau de la prostate, écoulement de pus par l'urètre, urines purulentes très fétides, très difficiles à rendre. Etat général assez bon.

Le cathétérisme, fait avec beaucoup de ménagement, détermine cependant une hémorrhagie urétrale abondante, qui se renouvelle plusieurs fois spontanément dans le cours de la maladie. Formation d'un abcès du scrotum suivie d'une fistule et de l'engorgement du périnée. Augmentation de la tumeur au niveau de la prostate et formation d'une tumeur au côté droit de la vessie, au-dessus du détroit supérieur du bassin. Difficulté de plus en plus grande de rendre les urines par le canal.

Dans les premiers temps, M. Monod parvient à placer une sonde crochue d'un volume médiocre; mais, au bout de quelques jours, il devient impossible de faire pénétrer ni sonde ni bougie dans la vessie; MM. Le Roy-d'Etiolles et Monod mettent inutilement en usage les bougies des formes les plus variées, fines, tortillées, crochues, à tête, etc., toutes viennent buter contre la prostate ou s'engagent dans le foyer qui existe au-dessous de la vessie.

Pendant quelque temps, le malade rend un peu d'urine par la fistule périnéale. Plus tard, rétention complète, distension de la vessie. Ponction à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la symphyse. L'urine, parfaitement limpide, s'écoule facilement. Introduction d'une sonde par laquelle le malade rend une partie de ses urines jusqu'à

sa mort, survenue à la suite d'accidents généraux de résorption purulente et de diarrhée colliquative le 24 octobre 1851, après sept mois de maladie et un mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une couche de tumeurs cancéreuses doublant la prostate et la face postérieure de la vessie, refoulant la prostate et la vessie derrière et au-dessus de la symphyse, ce qui explique une légère blessure qu'on remarque à la prostate dans l'intérieur de la vessie et qui se trouve vis-à-vis le trou fait à la vessie lors de la ponction.

La fonte purulente de ces tumeurs à la partie inférieure a déterminé la formation d'une caverne siégeant entre le rectum et la prostate ; c'est dans cette caverne que s'engageaient les sondes et bougies.

L'intérieur de la vessie est peu altéré, mais ses parois sont épaissies.

M. Maisonneuve. Ce qui me frappe dans le fait de M. Monod, c'est que l'on n'ait point pu pénétrer dans la vessie. J'ai établi que, lorsque le canal est perméable, on doit toujours pénétrer dans le réservoir urinaire en se servant d'instruments convenables. Les sondes ont l'inconvénient de faire tomber le chirurgien dans les mêmes fausses routes une fois qu'elles ont été faites ; tandis qu'avec des bougies à tête, coudées ou tortillées, on peut suivre un point du canal plutôt qu'un autre, et on évite de la sorte les inconvénients que je signalais il n'y a qu'un instant. Toutefois, le fait rapporté par M. Monod est en dehors de toutes les règles, et il n'est pas surprenant que notre habile confrère ait échoué.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du* 12 *novembre* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

**Correspondance.**

1° M. le professeur Roux ayant exprimé le désir d'obtenir le titre de membre titulaire, il est nommé à l'unanimité et par acclamation membre titulaire de la Société de chirurgie.

2° M. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de

Bordeaux, demande à devenir membre correspondant, et adresse deux mémoires : l'un ayant pour titre : *Des fractures compliquées d'altération organique des fragments;* l'autre, *Désarticulations comparées aux amputations dans la continuité.* — Une commission composée de MM. Michon, Larrey et Demarquay, est chargée d'examiner ces travaux.

**Présentation de malade. — Syphilisation.**

Au commencement de la séance, M. Musset, interne des hôpitaux, présente un malade au nom de M. Ricord.

M. N... a été présenté à la Société de chirurgie pour soumettre à son observation les résultats d'expériences entreprises dans le but de vérifier les idées émises sur la syphilisation. En attendant que M. le docteur L... donne lui-même, *in extenso*, l'histoire de sa propre maladie, non encore complétée, voici les principaux résultats auxquels il est arrivé.

M. L... n'a jamais eu ni chancre, ni blennorrhagie. Aux mois de novembre 1850 et janvier 1851, il s'est inoculé à la verge, à l'intervalle d'une semaine chaque fois, une dizaine de chancres. Ces chancres ont disparu en peu de temps sous l'influence d'un traitement simple hygiénique.

Le 2 juillet, il s'inocule de nouveau au bras gauche, et un chancre induré en est la conséquence.

Trois mois après, c'est-à-dire le 1er octobre, il se déclare une syphilide exanthématique, et bientôt papuleuse, accompagnée de l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; quelques jours après, des plaques muqueuses apparurent sur les amygdales.

Le 17 octobre, une inoculation est pratiquée au bras gauche par M. Auzias, en présence de M. Ricord, avec du pus pris à un chancre datant de vingt jours, existant chez un malade qui avait été inoculé lui-même avec du pus pris chez un prétendu syphilisé qui en était à peu près à son soixantième chancre.

Le 24, M. Ricord pratique deux inoculations, l'une sur le bras gauche, l'autre sur la muqueuse du prépuce, avec le pus d'un chancre phagédénique non serpigineux existant sur un malade couché salle 2, n° 4 de son service.

Le 25 octobre, M. le docteur L... s'inocule lui-même au même bras et à la verge avec le pus du premier chancre.

Le 28 octobre, deux inoculations sont pratiquées au bras gauche; l'une avec le pus du premier chancre, l'autre avec celui du quatrième.

Le 29 octobre, deux inoculations sont faites avec le pus du quatrième chancre.

Le 30, deux inoculations sont pratiquées au bras avec le pus du premier chancre et du second.

Le nombre des inoculations s'élève ainsi à 11.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir arriver aux conclusions suivantes:

1° Bien que des inoculations au nombre de 10 aient été faites, cela n'a pas empêché une onzième de s'indurer et d'être suivie régulièrement de syphilis constitutionnelle.

2° Les nouvelles inoculations successives qui ont été faites en vue de la syphilisation ont toutes réussi.

3° Les chancres n'ont point été d'une moindre étendue à mesure des inoculations faites.

Ainsi, les diamètres des chancres successifs ont été indifféremment plus grands ou plus petits que ceux des chancres qu'ils avaient précédés ou suivis.

4° Le plus grand nombre des chancres inoculés a pris la forme phagédénique, comme cela se montre souvent chez les individus qui, ayant une syphilis constitutionnelle, contractent de nouveaux chancres.

5° Il est à remarquer que les plus intenses proviennent du pus du syphilisé de M. Auzias, parvenu à son soixantième chancre.

6° Le phagédénisme non serpigineux n'a pas dépendu de la source à laquelle le pus a été puisé, car le plus grand nombre des chancres qui ont été produits par le pus provenant du syphilisé ont pris indifféremment la forme phagédénique; tandis que, parmi trois chancres produits par le pus fourni par un malade du service de M. Ricord, affecté d'un chancre phagédénique non serpigineux, un seul a pris la forme phagédénique.

7° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi et qui sont devenus phagédéniques à leur tour.

8° Le phagédénisme a donc semblé tenir à l'état général du malade, influencé par le siége; car, tandis que le plus grand nombre

des chancres inoculés au bras ont pris cette forme, les chancres inoculés à la verge avec le même pus et le même jour sont restés très restreints, et ont marché rapidement vers la réparation.

9° Les inoculations successives faites dans le sens de la syphilisation, et qui ont affecté une marche si grave, n'ont pas seulement influencé favorablement les accidents de la syphilis constitutionnelle, mais, bien au contraire, ces accidents ont semblé prendre une nouvelle intensité au fur et à mesure que les chancres d'inoculation tendaient au phagédénisme.

10° Il est à remarquer que, tandis que toutes les inoculations faites avec du pus d'ulcères primitifs ont été suivies de résultats positifs, des inoculations d'accidents secondaires appartenant aux formes les plus graves, et dans toute leur intensité, sont restées sans effets.

**Du cathétérisme et de la ponction de la vessie.**

M. Monod, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le malade auquel il a pratiqué la ponction de la vessie et qui est mort par suite du cancer qui avait refoulé la prostate et donné lieu à l'impossibilité de pénétrer dans la vessie. Les préceptes donnés par M. Maisonneuve pour pénétrer dans cet organe quand l'urètre n'a subi aucune interruption sont très bons, ajoute M. Monod, et nous les avons mis en pratique avec M. Le Roy-d'Etiolles. Nous nous sommes servi de sondes coudées, tortillées, etc., et dans toutes nos tentatives nous arrivions toujours dans le même point, c'est-à-dire dans l'excavation formée par le cancer ramolli entre le rectum et la prostate. Ce cas, il est vrai, ne rentre plus dans la catégorie spécifiée par M. Maisonneuve; mais, telle qu'il l'a formulée, son opinion me paraît trop absolue; il existe des cas où, bien que le canal soit intact, il est impossible de pénétrer dans le réservoir urinaire : cela a lieu quand une tumeur considérable vient à refouler la prostate et à dévier le canal d'une manière notable.

M. Maisonneuve. Je ne puis donner ici que le résultat de mon expérience : eh bien! je déclare que je n'ai point rencontré d'urètre que je n'aie pu franchir quand ce dernier était libre ou qu'il n'était interrompu que dans un point bien déterminé de son étendue, en suivant les préceptes que j'ai indiqués dans la dernière séance.

M. Chassaignac. J'ai eu récemment l'occasion de faire la ponction de la vessie sur un malade affecté d'un cancer de la prostate et chez lequel je ne pouvais introduire une sonde. Je fus surpris, après avoir retiré le poinçon du trocart, de voir couler du sang; je retirai un peu la canule, et bientôt je vis l'urine arriver. Dans ce cas, j'avais probablement ponctionné la prostate; dans ces circonstances, pour éviter cet inconvénient, ne faudrait-il pas faire pénétrer le trocart plus au-dessus de la symphyse pubienne? De la sorte, on serait moins exposé à blesser le bas-fond de la vessie; chez mon malade, il n'est résulté aucun inconvénient de ce petit accident.

M. Lenoir. M. Maisonneuve vante l'usage des bougies fines pour pénétrer dans un urètre rétréci; seulement, il les recourbe et les tortille; je crois, au contraire, que dans ces cas il faut préférer les sondes ou les bougies un peu grosses; de cette façon, on évite le mieux les fausses routes. Est-il vrai que l'on puisse toujours pénétrer dans un canal libre, mais dévié? Je ne le pense pas; il est des circonstances où la prostate volumineuse refoule tellement le col de la vessie qu'il est impossible d'arriver dans celle-ci, et dans le fait de M. Monod cette déviation était à un point extrême. Dans ces cas, je préfère à la ponction de la vessie l'établissement d'un canal à travers la prostate, comme le faisait Chopart et comme Lafaye le pratiqua sur Astruc, lequel survécut dix ans à cette opération; une sonde d'argent un peu conique permet au chirurgien d'arriver souvent à un résultat meilleur que par la ponction hypogastrique de la vessie, qui ne remédie qu'à l'accident du moment.

M. Chassaignac. Le point qui nous occupe est difficile; il faut que le chirurgien sache se servir de tous les éléments dont l'art dispose. Je ne puis omettre de signaler les services que rend la sonde de M. Mercier dans ces circonstances; sans doute la ponction de la vessie ne remédie que d'une manière temporaire aux accidents; mais il faut savoir que ceux-ci sont le plus souvent temporaires; et s'ils persistent, on peut encore, grâce au trajet déterminé par la ponction, faire le cathétérisme de dedans en dehors, comme cela se faisait anciennement.

M. Maisonneuve. Pour moi, la ponction de la vessie est sans danger; mais je crois qu'il ne faut la faire que dans le cas de tuméfaction aiguë de la prostate, ou dans le cas de fausse route, le chirurgien devant pénétrer dans la vessie en traversant un canal

dévié. Dans le cas de fausse route, même très étendue, un chirurgien patient arrivera encore le plus souvent en se servant de bougies tortillées ou coudées.

M. Lenoir. Dans mon argumentation précédente, je ne voulais point parler des tuméfactions de la prostate tenant à une inflammation. J'ai voulu parler des prostates hypertrophiées volumineuses. J'ai essayé, dans un cas où j'avais fait la ponction de la vessie, de faire passer une sonde flexible de dedans en dehors en suivant le canal pratiqué par le trocart, et je n'ai point réussi, bien que j'eusse suivi les conseils donnés par Bell, qui est, suivant moi, l'inventeur de ce procédé.

M. Chassaignac. Quand on veut faire le cathétérisme de dedans en dehors, il faut se servir d'une sonde en argent, que l'on fait pénétrer seulement dans la prostate à la rencontre d'une autre sonde introduite par l'urètre.

M. Demarquay. Je ne crois pas que les accidents déterminés par les tumeurs de la prostate soient toujours temporaires. Je vois souvent un monsieur qui est arrivé graduellement à l'impossibilité de rendre ses urines autrement qu'avec la sonde, et cela par suite d'un gonflement de la prostate.

M. Marjolin. Parmi les accidents du côté des voies urinaires qui surviennent chez les vieillards à prostate hypertrophiée, il en est qui tiennent à une excitation passagère portée sur les organes génitaux par l'abus des boissons alcooliques ou du coït. On voit souvent à Bicêtre, le lundi, des accidents assez graves survenir sous l'influence de ces causes excitantes. Dans ces cas, une application de sangsues, des bains et le repos triomphent des accidents.

**Végétation sur la muqueuse laryngée d'une enfant de deux ans morte à la suite de la variole.**

M. Guersant fait voir sur la muqueuse tapissant les cordes vocales du larynx des excroissances assez considérables, et qui ont l'aspect de végétations syphilitiques. La petite malade ne présentait aucune trace d'infection vénérienne. Le microscope fait reconnaître que ces végétations dépendent de l'épithélium développé.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 22 *novembre* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

**Présentation de malades. — Lymphorrhagie et dilatation des vaisseaux lymphatiques.**

M. Demarquay, inscrit pour lire un travail sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, présente un jeune homme sur lequel il a produit une piqûre des vaisseaux lymphatiques. Au bout d'une heure il avait recueilli 40 à 45 grammes de lymphe.

**Oblitération des vaisseaux lymphatiques.**

M. Chassaignac présente un malade sur lequel on constate une oblitération du système lymphatique.

Par une singulière coïncidence, dit-il, deux présentations de maladies du système lymphatique ont eu lieu dans la même séance. Pendant que mon honorable collègue Demarquay présentait un exemple de dilatation variqueuse, je faisais voir un malade atteint d'une oblitération presque générale des lymphatiques, vaisseaux et ganglions.

Le sujet de l'observation est un malade de l'hôpital Saint-Antoine, âgé de vingt-huit ans, exerçant depuis l'âge de dix ans la profession de garçon charcutier. Il est entré à l'hôpital pour un phlegmon de l'aisselle évidemment dû à une angioleucite, suite de brûlure à la partie externe de l'avant-bras.

La surface du corps chez ce malade est parsemée d'un grand nombre de petites tumeurs très dures, fusiformes, et qui ne sont nulle part plus distinctes que sur les parois de la poitrine. Le sujet est maigre. Les quelques doutes que nous avions eus au premier abord touchant la nature de ces indurations se sont bientôt dissipés, en constatant que, dans toutes les régions accessibles du système lymphatique, les ganglions, aussi bien que les cordons vasculaires qui les unissent, sont le siége d'une induration atrophique partout la même.

Ce jeune homme n'a pas eu d'affections syphilitiques, du moins

n'en porte-t-il aucune trace. Il a deux hernies inguinales volumineuses. Il dit n'avoir d'autre souvenir de maladie que celui d'une affection très grave qu'il a éprouvée dans son enfance, mais dont le caractère ne peut se déduire des réponses qu'il nous a faites. Il n'est pas tuberculeux, quoique sa constitution soit chétive et qu'il y ait une maigreur générale; il est très pâle.

### Correspondance.

M. Bayard (de Cirey) adresse une note sur l'organisation du cristallin. M. Lenoir est chargé de faire un rapport.

M. Chabonon, médecin d'Uzès, adresse un mémoire sur la luxation de l'astragale, et demande à devenir membre correspondant. Une commission composée de MM. Monod, Chassaignac et Marjolin, est chargée de faire un rapport.

— M. Ricord fait hommage à la Société du *Traité de la maladie vénérienne de Hunter*, traduit par M. Richelot, et annotée par M. Ricord.

— M. Letenneur (de Nantes) adresse un mémoire sur l'extraction de l'astragale.

— M. Larrey fait hommage de son rapport à l'Académie sur le pied artificiel de M. de Beaufort.

— M. Lallemand, membre de l'Institut, professeur honoraire de la Faculté de Montpellier, adresse à la Société ses *Lettres sur les maladies de l'encéphale*, et exprime le désir de faire partie de la Société comme membre honoraire.

M. Lallemand est nommé par acclamation membre honoraire.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Syphilis.

M. Cullerier. Messieurs, si je n'ai pas pris la parole dans la dernière séance à propos de la communication qui vous a été faite par M. le docteur Lidmann, c'est que j'étais réellement consterné du résultat des tristes expériences auxquelles il s'est livré, et que j'avais pensé qu'il était peut-être plus prudent de laisser passer cette communication sans lui donner le retentissement de la discussion; mais comme c'est la Société de chirurgie qui a eu les prémices de la théorie de la syphilisation, il vaut mieux peut-être aussi qu'elle ne reste pas muette devant les faits qui se produisent.

Je regrette qu'une voix plus autorisée que la mienne ne traite pas à fond ce point de syphilis dans cette enceinte ; à défaut du talent de discussion, vous aurez du moins une protestation inspirée par la conscience. Eh bien, messieurs, c'est parce je suis profondément convaincu que tout est faux dans cette doctrine du syphilisme et de la syphilisation que je ne crains pas d'en proclamer l'inanité et les dangers.

Vous vous rappelez sans doute quel a été le point de départ de cette doctrine ; il s'agissait de la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux. Il y a quelques années une première communication vous avait été faite sur ce sujet par M. le docteur Auziás. Je vous demandai de vouloir bien suspendre votre jugement sur les résultats qui vous étaient présentés. Je me mis à l'œuvre ; je fis un nombre considérable d'expériences ; je vous en donnai connaissance, et comme moi vous restâtes convaincus que l'inoculation du chancre virulent de l'homme aux animaux était impossible.

Cette année M. Auzias, revenant à la charge, ne vous présenta plus comme autrefois les animaux inoculés ; mais il vous fit part des nouvelles expériences qu'il avait tentées avec un résultat satisfaisant pour lui. Non-seulement les animaux recevaient l'impression du virus syphilitique, mais ils le recevaient à des degrés variables, les uns plus, les autres moins. De là le syphilisme, c'est-à-dire l'aptitude à prendre le virus.

Puis il crut remarquer que les chancres qu'il produisait sur certains animaux ne prenaient pas toujours avec la même facilité ; que plus on répétait l'inoculation, moins on produisait d'ulcération, jusqu'à ce qu'enfin, l'animal n'étant plus sensible à l'action du virus, il devenait impossible de l'inoculer : de là la syphilisation, c'est-à-dire, si j'ai bien compris, l'état dans lequel l'animal était, pour ainsi dire, vaccîné, et, partant, inaccessible dorénavant au virus.

Les faits nouveaux sur lesquels est édifiée toute la doctrine, je ne les ai pas vus ; mais, fort des expériences auxquelles je me suis livré jadis, je n'hésite pas à dire qu'ils sont faux. Sans doute, j'ai reconnu tous les caractères du chancre à des ulcérations que portait sur le bras un médecin allemand, le docteur Robert, de Velz, et qui provenaient d'une ulcération inoculée à un singe ; mais dans le temps j'ai expliqué cette transplantation, et, dans une

lettre insérée dans l'*Union*, j'ai démontré que la peau du singe n'avait servi que de dépôt au pus virulent dilué dans un pus d'inflammation nouvelle; et l'explication que je donnais alors ne vous semblera que toute naturelle, après les faits que je vous ai fait connaître dans le mémoire sur la contagion médiate dont vous avez bien voulu entendre la lecture.

Je sais bien qu'on a prétendu que mes expériences sur les animaux étaient attaquables au point de vue moral et au point de vue du manuel opératoire. M. Auzias a osé dire ici, dans son mémoire, que mes antécédents de famille avaient pu me faire agir avec des idées préconçues et influer sur les résultats que j'obtenais, comme si dans maintes circonstances je n'avais pas donné la preuve que, pour moi, la science domine tout sentiment d'affection. Il a dit que sa manière de faire différait de ce qu'elle avait été autrefois et de ce qu'avait été la mienne, alors que j'avais employé tous les moyens possibles de faire pénétrer le pus virulent dans la peau et dans le tissu cellulaire des animaux que j'inoculais par piqûre, par incision, par excision.

N'est-ce pas, je vous le demande, messieurs, se faire une idée bien fausse du virus syphilitique que de croire qu'il lui faut certaines circonstances de solution de continuité, certaines conditions d'instrumentation pour agir ou pour rester inerte?

Je ne devrais peut-être pas relever cette assertion, que, quoique j'en aie dit, j'avais réussi dans mes expériences, mais que j'avais réussi sans m'en douter probablement, comme ce personnage de la comédie qui ne se croyait pas si fort sur la prose qu'il l'était réellement.

Un moment j'avais espéré que l'expérimentation à laquelle je m'étais livré serait reprise sous les yeux de la Société, qui aurait été à même de juger entre mon adversaire et moi; une commission avait été nommée à cet effet. Malheureusement le retrait du mémoire est venu dissoudre cette commission, et l'auteur, qui avait eu tous les bénéfices de la lecture, avait pu impunément et, du reste, avec un grand talent, je me plais à le reconnaître, attaquer mes expériences et développer sa doctrine sans réclamation et sans conteste.

C'est là qu'a été mon regret, parce que je prévoyais alors que ces fatales idées, présentées avec l'assurance et la verve que donne or-

dinairement la vérité, seraient acceptées par les esprits amis des théories les plus aventureuses.

C'est là qu'est encore aujourd'hui mon regret, parce que, à coup sûr, la Société aurait démantelé pièce à pièce cet incroyable échafaudage; elle aurait prouvé, j'en suis convaincu, que la théorie était fausse pour les animaux, et elle aurait par conséquent empêché ces fatales expériences sur l'homme malade et sur l'homme sain.

Toutes les théories syphilitiques sont soutenables, et chaque jour, dans des traités spéciaux, dans les Académies, dans la presse médicale, on voit les opinions les plus divergentes défendues avec le plus grand talent. La Société de chirurgie n'a pas oublié la belle discussion soutenue dans son sein par deux adversaires habiles; mais, il faut le reconnaître loyalement, ces théories ne choquent pas le bon sens, tandis qu'ici c'est tout un système contre lequel se révolte de prime abord la logique.

Cependant, au point où en était arrivée la doctrine de M. Auzias, il fallait des faits; quelques hommes, ou convaincus, ou seulement courageux, se soumirent aux expériences, et vous avez pu voir, dans la dernière séance, une de ces victimes de la science vous présenter un deuxième chancre tout aussi large, tout aussi actif que le premier.

La théorie avait une bien autre prétention; elle faisait disparaître, disait-elle, elle guérissait les affections constitutionnelles secondaires par une implantation répétée d'une affection primitive. Vous avez pu voir si la syphilide papuleuse que porte notre confrère allemand a été influencée en quoi que ce soit par le chapelet de chancres qu'il porte au bras depuis plus d'un mois.

Le raisonnement n'a plus rien à faire devant un pareil résultat, et toutes les paroles que je pourrais prononcer, moi ou d'autres plus habiles, ne vous impressionneraient pas comme l'a fait le tableau vivant que vous avez eu sous les yeux.

Si vous voulez d'autres exemples, interrogez mon honorable collègue de Lourcine, M. Gosselin, et il vous dira si les deux malades qu'il a mises en expérience sont plus heureuses que le sujet que vous avez vu.

On me renverra peut-être au mémoire du docteur Sperino, de Turin, qui avait été d'un si grand appui à la théorie de la syphili-

sation ; mais, quelque considération que j'aie pour cet éminent confrère, je ne puis m'empêcher de dire que ce travail, dans lequel la légèreté d'appréciation le dispute au peu d'exactitude des détails, ne résiste ni à la lecture, ni à la discussion.

Placé à la tête d'un service de vénériennes, j'aurais pu étudier expérimentalement ces théories nouvelles, je n'ai pas voulu le faire, je le veux aujourd'hui moins que jamais, parce que je pense qu'il vaut mieux laisser venir la vérole que de courir bénévolement au-devant d'elle, parce que j'ai la crainte fondée du phagédénisme, cette manifestation morbide qui déroute les doctrines les plus opposées, parce que je crois qu'on a plus de chances de le reproduire à un dixième, à un vingtième chancre qu'aux premiers ; parce qu'on peut le déterminer tout aussi bien sur un malade syphilitique que sur un individu vierge de toute affection.

Je ne blâme pas mes collègues qui ont eu la hardiesse d'expérimenter, mais je regrette qu'ils l'aient fait. J'espère que ces tristes essais cesseront au plus tôt, et qu'ils ne seront pas encouragés dans une clinique qui n'a pas besoin du merveilleux pour être la plus brillante et la plus suivie de l'enseignement particulier.

Je vous prie, messieurs, de bien différencier ce qui peut s'adresser à l'homme et ce qui s'adresse à ses opinions scientifiques. J'ai besoin de vous assurer que je professe depuis longtemps pour M. Auzias l'estime la plus grande. Personnellement je le mets en dehors de ce débat ; mais je conserve mon indépendance pour dire bien haut que son syphilisme me paraît du mysticisme, et que je crains bien qu'en définitive sa syphilisation ne soit qu'une..... chose qui n'a pas de nom dans la science.

M. Vidal. Messieurs, dans la précédente séance, M. Musset, interne de M. Ricord, vous a présenté M. L..., docteur allemand, et vous a donné une note relative aux inoculations syphilitiques pratiquées sur ce courageux confrère. Cette note, selon moi, n'est pas complète, car l'observation de M. L... offre un double intérêt :

1° Elle doit fixer l'attention de la Société au point de vue de la syphilisation ;

2° Au point de vue de l'inoculation de l'accident secondaire.

Ce n'est qu'au point de vue de la syphilisation que la note de M. Musset a été rédigée : c'est sous le dernier rapport que je désire compléter l'observation. Les détails que je vais vous faire connaître

viennent de M. L... même; c'est lui qui les a dictés ce matin dans mon amphithéâtre, et ils ont été fidèlement reproduits par M. Pellagot en présence de médecins qui assistent aujourd'hui à la séance. Vous pourrez vous convaincre, je crois, qu'il s'agit ici d'une inoculation d'un accident secondaire et que c'est par cette inoculation que M. L... a pu se communiquer la vérole. Ce fait concorde avec ceux que j'ai déjà fait connaître à la Société et ceux qui ont été observés par d'autres médecins, soit en France, soit en Allemagne. Vous verrez ici encore une circonstance remarquable : c'est le temps qui s'est écoulé entre la piqûre, l'inoculation et le résultat pathologique. Vous constaterez, enfin, une véritable incubation bien caractérisée, ce qui n'arrive pas après l'inoculation de l'accident primitif.

Voici le fait. Je le livre à vos méditations.

M. L..., docteur allemand, s'inocula en décembre 1850 et janvier 1851, à plusieurs reprises, dix à douze chancres sur la verge. Ces inoculations avaient été pratiquées dans le but d'essayer un moyen thérapeutique particulier à l'aide duquel on pourrait en peu de temps arrêter l'ulcération chancreuse. Ces chancres furent cicatrisés au bout de huit à dix jours. Point de traitement mercuriel.

Le 8 juillet 1851, inoculation à la face antérieure du bras gauche à l'aide du pus pris sur les amygdales d'un sujet ayant la vérole constitutionnelle. Nous donnerons plus bas l'histoire circonstanciée de ce malade, telle qu'elle nous a été rapportée en public par M. le docteur L....

Le lendemain de l'inoculation, 9 juillet, rien d'apparent. Jusqu'au 18 juillet, aucun résultat ne se manifeste.

Le 18 juillet, au point où l'inoculation avait été pratiquée, apparaît une élévation d'un rouge vif, que le docteur L... qualifie de papule. Celle-ci devint grosse environ comme une lentille et se couvrit de croûtes; puis ces croûtes tombèrent et laissèrent à découvert une ulcération indurée. Un mois environ après, douleurs rhumatoïdes accompagnées d'un peu de fièvre.

Le 1er octobre, l'ulcération inoculée le 8 juillet est complétement cicatrisée; il reste une induration marquée; apparition d'une roséole.

Le 17, dans le but d'expérimenter si la syphilisation pouvait guérir la vérole, M. L... se fit inoculer et s'inocula des chancres,

dont description a été faite dans la précédente séance par M. Musset.

Voici maintenant l'histoire du malade qui a fourni à l'inoculation de M. L... :

En mai 1851, M. ...., ami de M. L... et médecin comme lui, prit un chancre à la verge, qui, le 17 juin, était complétement cicatrisé.

Le 11 juin, syphilide exanthématique, plaques muqueuses sur les amygdales des deux côtés, ganglions cervicaux postérieurs, ganglions sous-maxillaires.

Le 2 juillet, sur le bord droit de la langue et vers sa base, ulcération d'apparence particulière, comme par érosion. D'après l'opinion de M. L..., cette ulcération, qui d'ailleurs avait paru huit à neuf jours après le ganglion sous-maxillaire, était un accident consécutif.

Le 8, sur les plaques muqueuses ulcérées, que M. L... considère comme consécutives, ce même docteur prit du pus qu'il s'inocula à la partie antérieure et moyenne du bras gauche et obtint les résultats déjà indiqués.

Tels sont les détails que je soumets aux réflexions de la Société. Mon but n'a été aujourd'hui que de compléter une observation dont vous ne connaissiez qu'une partie.

M. Ricord. M. le docteur L... avait été présenté à la Société de chirurgie en vue de la syphilisation, ainsi qu'à l'Académie de médecine. Mais, puisqu'on a cru devoir détourner la question principale pour la placer sur un autre terrain et revenir sur l'inoculabilité des accidents secondaires, je me vois obligé de reprendre l'argumentation de nouveau soulevée aujourd'hui par M. Vidal. Qu'on le sache bien : ce n'est pas là une question personnelle d'amour-propre scientifique. Je ne puis pas dire : je ne veux pas que les accidents secondaires soient inoculables. Donc pas de doctrine quand même. Au contraire, si on démontre l'inoculabilité des accidents secondaires, mes résistances et l'examen sévère auquel j'ai soumis les observations publiées jusqu'à ce jour auront servi à établir une vérité de plus. Mes adversaires n'auront donc qu'à me remercier.

La loi de la non-inoculabilité des accidents constitutionnels a été reconnue par Hunter, qui ne l'avait que faiblement posée. Elle demandait à être étayée d'une manière plus ferme, et depuis vingt ans mes recherches expérimentales, je dois le dire, l'ont établie sur

des bases solides. Toujours et toujours j'ai obtenu des résultats négatifs. Cependant, on aurait pu dire qu'imbu d'une idée préconçue j'en subissais l'influence fâcheuse. Mais à côté de moi, mes honorables et savants collègues M. Puche et M. Cullerier sont arrivés aux mêmes résultats.

Chose étrange! tandis que d'un côté la loi de la non-inoculabilité des accidents secondaires est basée sur des expériences nombreuses et répétées, d'un autre côté, au contraire, M. Vidal, opérant dans les mêmes conditions, sur un même terrain, obtient toujours et presque à souhait l'inoculabilité que M. Cullerier, M. Puche et moi avons jusqu'à ce jour cherchée en vain!

Dans une première communication à cette Société, je disais : J'ai expérimenté du malade au malade jusqu'à ce jour, et j'ai toujours obtenu des résultats négatifs. J'avais cru ainsi être autorisé à établir la doctrine de la non-inoculabilité.

Mais aujourd'hui, on nous dit : Nous obtenons des résultats positifs en inoculant du malade à l'homme sain. C'est une voie nouvelle d'expérimentation qui mérite d'être suivie.

Cependant, M. Vidal, dans son observation communiquée à la Société de chirurgie l'hiver dernier, avait obtenu un résultat positif et sur le malade et sur l'homme sain. Ce fait me paraissait donc ainsi devoir rentrer dans ma manière de voir, et je concluais à l'inoculation d'un accident primitif par mon confrère chez M. Boudeville.

On m'a dit à l'époque que je répondais à la question par la question, que je commettais une pétition de principe, en admettant que la qualité d'être inoculable n'appartenait qu'aux accidents primitifs.

Mais à quels signes reconnaissez-vous les accidents secondaires, et comment les différenciez-vous des accidents primitifs? Par le siége? Mais il n'est pas une partie du corps où le chancre ne puisse être implanté. Par la forme, les bords, le fond, etc.? Mais tout cela est commun aux deux ordres d'accidents primitifs et secondaires. Est-ce par les antécédents? Mais est-ce que la syphilis constitutionnelle empêche de nouveaux accidents primitifs de se produire? M. le docteur L... en est un exemple entre mille qu'on pourrait citer. Depuis vingt ans j'ai les yeux fixés sur les ulcérations syphilitiques,

et cependant il m'est impossible quelquefois de dire: Voilà un accident primitif, voilà un accident secondaire.

L'ami du docteur L... a un chancre à la verge qui s'indure et qui est suivi d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par une roséole et par l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; il présente en outre sur les amygdales une ulcération sur le côté droit de la langue; ulcération que le docteur L..., d'après sa propre affirmation, n'a pu considérer comme se rattachant d'une manière incontestable aux accidents secondaires. Et voici les circonstances qui me paraissent, du reste, jeter sur l'origine de cette ulcération un doute profond.

A l'époque où en était de sa syphilis le confrère du docteur L..., les accidents secondaires de la cavité buccale n'ont pas les caractères qui ont été indiqués. Leur loi générale, c'est l'érythème, ce sont les papules, les plaques muqueuses. De plus, le malade portait un ganglion sous-maxillaire, un des signes les plus importants, les plus constants, les plus réguliers des accidents primitifs, c'est un témoin accusateur incorruptible, qui ne ment jamais quand on sait bien l'interroger. Donc les caractères mêmes de l'ulcération de la base de la langue et l'engorgement sous-maxillaire doivent être pris en grande considération par les esprits rigoureux et habitués à l'étude de la syphilis. Serait-il donc impossible, dès lors, que cet accident de la gorge fût un ulcère primitif? Mais ce siége est plus commun qu'on ne pourrait le croire au premier abord. J'ai rencontré des chancres sur les amygdales chez des malades qui m'ont fait l'aveu de leurs faiblesses.

Mais on me dira : le malade aurait bien su s'il avait réellement à la bouche un accident primitif, ou du moins s'il s'y était exposé? Je réponds positivement qu'il n'est pas toujours possible de connaître réellement la source où on a puisé le virus, et surtout de quelle manière il a été pris. Je donne en ce moment des soins à un monsieur qui porte un chancre sur la région lombaire, et qui en ignore complétement l'origine, si ce n'est d'avoir couché dans un lit d'auberge. Donc, s'il est possible, s'il est présumable que l'ami du docteur L... avait une ulcération primitive de la base de la langue, elle a pu être la cause ou l'effet d'une ulcération primitive aussi des amygdales, en supposant que les deux ulcérations ne fussent pas nées en même temps sous l'influence d'une même contagion.

Mais un fait capital grave, et sur lequel j'appelle toute l'attention de la Société de chirurgie, est le suivant :

Tandis que M. le docteur L... s'inoculait au Midi, il y a peu de jours, avec du pus d'ulcères primitifs, il s'inoculait en même temps, avec du pus pris sur des accidents secondaires les plus vigoureusement caractérisés de la gorge et d'autres régions, et présentant les formes les plus graves. Or, sur six inoculations qui ont été faites, six résultats négatifs ont été obtenus, tandis que toujours, et à côté, on a déterminé des chancres avec du pus d'ulcères primitifs. D'où vient cette différence? Ce ne sont certes ni la syphilisation, ni la vérole constitutionnelle qui l'expliquent, puisque toutes les inoculations d'accidents primitifs ont réussi.

Je conclus donc. Vous n'avez rien, absolument rien dans l'observation que vous avez produite, qui puisse rigoureusement vous autoriser à dire qu'il y a eu inoculation d'un accident secondaire chez le docteur L...

Je tenais, messieurs, à vous donner ces détails, à cause même de ce qui s'est passé hier à l'Académie de médecine, où, surpris par l'heure, il ne m'a été possible que de protester contre les paroles de M. Velpeau, avec lequel j'espère me retrouver sur ce même terrain.

Quant à la question de la syphilisation, dont peut-être nous aurions dû nous préoccuper d'abord, je dois dire que je m'associe de cœur, de pensée et de sympathies au remarquable travail de mon très honorable collègue M. Cullerier. Il a traduit dans un langage digne de lui toute ma pensée sur la syphilisation. Je n'ai donc rien à ajouter.

M. Vidal. M. Ricord est revenu sur la discussion qui a eu lieu déjà dans le sein de cette Société. Je ne prétends pas le suivre sur ce terrain. Les inoculations négatives qu'il a faites, quel que soit leur nombre, ne prouvent rien contre celles qui sont positives. Il est très vrai qu'il peut y avoir des chancres dans la cavité buccale, mais c'est l'exception ; il peut y en avoir sur les amygdales aussi ; ici c'est la très grande exception. Au contraire, les ulcérations de la cavité buccale sont presque toujours consécutives. Remarquez bien que la personne qui a fourni le pus d'inoculation est un confrère éclairé, et M. Ricord considère comme très savant celui qui a puisé ce pus. J'ai la même opinion sur ce confrère. Or, ces deux

médecins qui ont observé ont ici un grand avantage sur M. Ricord, qui n'a pas vu les ulcérations qui ont fourni l'humeur inoculée au bras de M. L... Quant aux engorgements ganglionaires, je crois qu'ils n'ont pas une grande valeur au point de vue du diagnostic des ulcérations. Le docteur qui a fourni le pus en avait sous la mâchoire; c'est-à-dire au-devant du cou, comme il en avait derrière le cou. D'ailleurs, messieurs, mon but était de compléter une observation qui me paraît très importante. Je voulais combler une lacune regrettable, voilà tout. Les esprits non prévenus jugeront.

M. Ricord. M. Vidal m'objecte que les chancres de la gorge sont exceptionnels; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est l'inoculation des accidents secondaires qui échoue toujours entre nos mains et qui réussit toujours entre celles de M. Vidal.

M. Forget prend la parole pour faire observer que la discussion soulevée par M. Vidal et habilement développée par M. Ricord a fait perdre de vue le travail remarquable lu par M. Cullerier. Je ne conteste pas l'intérêt qui s'attache à la question de l'inoculabilité des accidents secondaires de la syphilis; c'est sans doute un point de doctrine qu'il serait fort utile de voir fixé d'une manière incontestable; mais je ne pense pas que tel puisse être le résultat de cette nouvelle discussion: il en sera de celle-ci comme de celle à laquelle nous avons assisté il y a quelques mois, c'est-à-dire que chacun gardera ses convictions. Pour sortir d'embarras, si je ne craignais d'aller contre les intentions de la Société de chirurgie, je proposerais qu'une commission fût instituée dans le but d'examiner le sujet en litige; je ferais appel à MM. Vidal, Ricord et Cullerier, pour qu'ensemble ils répétassent des expériences qui lèveraient toute incertitude; car le diagnostic des ulcérations dont le produit serait inoculé, fait en commun par des hommes aussi compétents, réunirait tous les éléments de certitude, et dès lors il n'y aurait plus lieu à contestation.

Mais la question de syphilisation, qui a été l'objet de l'énergique et éloquente protestation de M. Cullerier, a un intérêt plus pressant, plus actuel; car si ce que j'ai entendu dire est vrai, des jeunes gens, vierges de toute infection vénérienne et séduits par les promesses de la doctrine de M. Auzias, iraient chaque jour se faire inoculer la vérole, en vue d'acquérir l'immunité dont nous avons vu ici un exemple si déplorable. Il y a donc urgence à ce que la

Société de chirurgie, qui, à deux reprises différentes, a été saisie de la question, se prononce; elle le doit au travail très remarquable de M. Cullerier; enfin elle se doit à elle-même de ne pas rester neutre dans cette circonstance. Pour ma part, je crois que nous ne pouvons que nous associer à la protestation de notre collègue, et je regrette que MM. Ricord et Vidal aient entièrement laissé de côté la syphilisation, et qu'ils ne se soient prononcés, ni l'un, ni l'autre, à son égard.

M. Larrey propose de clore la discussion qui s'est étendue à l'inoculation des accidents secondaires, et de la ramener aux termes où elle a été posée par l'énergique et judicieuse argumentation de M. Cullerier. Il croit donc devoir, comme président de la Société de chirurgie, protester pour elle contre la dangereuse doctrine de la syphilisation dite préventive, dans l'intérêt de la science, de la morale et de l'humanité.

La discussion est close, et la séance levée à cinq heures et demie.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 26 *novembre* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

#### Présentation de malade. — Cancer du testicule.

M. Vidal présente le malade auquel il a enlevé une tumeur volumineuse des bourses. C'est sur la nature de cette tumeur qu'une discussion a déjà eu lieu dans le sein de la Societé.

M. Vidal soutenait qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, parce qu'elle n'occupait qu'un côté des bourses. Le microscope prouva, en effet, qu'elle contenait des cellules cancéreuses, et donna ainsi raison au chirurgien.

La plaie de l'opération est cicatrisée; mais le malade offre déjà dans le bassin des duretés, des engorgements qui font redouter une récidive.

M. Vidal avait comprimé le cordon spermatique avec une grosse serre-fine au lieu de le lier. Il regrette d'avoir employé ce moyen;

car, obligé d'enlever le petit instrument après deux jours, il y a eu une hémorrhagie qui a mis les jours du malade en danger. Le sang ne put être arrêté qu'après un tamponnement du canal inguinal.

Il vaut donc mieux lier le cordon en masse ou l'artère isolément, au risque d'attendre plus longtemps la réunion complète de la plaie.

### Correspondance.

M. Lallemand, membre de l'Institut, remercie la Société de chirurgie de lui avoir accordé le titre de membre honoraire.

M. Pravaz, de Lyon, remercie également la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre qui a pour but d'établir :

1° Que la sonde coudée flexible franchit bien souvent l'obstacle et pénètre dans la vessie alors que l'on avait échoué avec toutes les autres sondes;

2° Que l'idée et l'application de ce mode de cathétérisme lui appartient.

Cette lettre est renvoyée à la commission déjà nommée.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Dilatation des vaisseaux lymphatiques et de la lymphorrhagie.

M. Demarquay lit un travail sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques et sur la lymphorrhagie. Ayant eu occasion d'observer un jeune homme âgé de dix-sept ans, affecté d'une dilatation d'un vaisseau lymphatique de la cuisse droite au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, avec dilatation du réseau lymphatique superficiel avoisinant la varice lymphatique, il a pu observer avec soin cette maladie. A cinq ou six reprises différentes, cette varice s'est rompue, et M. Demarquay a pu recueillir de la lymphe en quantité assez considérable.

Le 1er novembre, une rupture survenue le matin dans la varice a donné lieu à une lymphorrhagie qui n'a pas duré moins de neuf heures.

M. Demarquay se propose de publier un travail sur l'analyse de la lymphe humaine en commun avec M. Mialhe. Il a montré les dessins micrographiques des corpuscules de la lymphe étudiés en

commun avec M. Lebert, au moment où ils s'échappaient des vaisseaux lymphatiques.

Ce fait a provoqué des recherches de la part de l'auteur du mémoire. Il a trouvé dans les auteurs un certain nombre de dilatations non-seulement des vaisseaux lymphatiques, mais encore du canal thoracique et des chilifères. Ces faits, d'ailleurs peu détaillés et insuffisants pour faire l'histoire des deux maladies sur lesquelles M. Demarquay appelait l'attention de la Société, ont été en partie reproduits par M. Breschet dans sa thèse sur les lymphatiques, et par Bérard à l'article *Maladies du système lymphatique* du *Dictionnaire en 20 volumes.*

Dans ces recherches, M. Demarquay a bien trouvé des observations de lymphorrhagie à la suite de lésions de quelques vaisseaux lymphatiques. C'est ainsi qu'Assalini, après une blessure à la cuisse, et Wutzer, après une blessure au dos du pied, ont pu recueillir de la lymphe en assez grande quantité.

Muller, comme chacun le sait, fit une étude de cette humeur d'après celle qu'il recueillait sur le malade du chirurgien de Bonn. Mais dans ces cas la lymphe n'était point pure, tandis que lorsqu'on vient à la recueillir à sa sortie d'un vaisseau lymphatique rompu, il n'en est plus de même; ce liquide est alors dans toute sa pureté. M. Demarquay ne trouve qu'une autre observation où la lymphe put ainsi être recueillie sans mélange, bien entendu qu'il ne parle pas du fait de Sœmmering, où il s'agit d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques qui donnaient, par la ponction de ces derniers, de la lymphe pure. Ce fait a été observé par M. le docteur Fitzer, sur une jeune fille de dix-huit ans, qui portait une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la paroi abdominale antérieure gauche. Une rupture survenue dans cette varice donna lieu à une lymphorrhagie qui ne dura pas moins de six jours, et pendant lesquels une quantité considérable de lymphe fut recueillie, ce qui permit à M. Schlossberger de faire l'analyse micrographique et chimique de cette tumeur.

L'écoulement de la lymphe, qui ne donna lieu sur le malade observé par M. Demarquay à aucun accident, fut suivi chez la jeune fille observée par M. Fitzer de syncopes au bout du sixième jour. La perte de la lymphe peut donc amener certains accidents. Les auteurs, jusqu'à ce jour, si ce n'est M. Beau, qui a publié un

travail sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques du prépuce, ne se sont pas occupés du traitement de ces deux maladies. M. Demarquay se propose de faire une cautérisation avec la pâte de Vienne sur les lymphatiques dilatés

Voici les qualités de la lymphe humaine à la suite d'une piqûre faite au vaisseau lymphatique dilaté : ce liquide coule tantôt par petites gouttelettes ou par un petit jet qui s'élève un peu au-dessus de l'épiderme et qui peut même être lancé à distance ; il est à peu près incolore, d'une teinte un peu louche au moment où il sort du vaisseau ; mais bientôt il blanchit, prend une teinte laiteuse et devient d'un blanc jaunâtre ; il se prend en caillot aussitôt qu'il est recueilli ; mais bientôt il se divise comme le sang en deux parties : l'une séreuse, blanchâtre ; l'autre, solide, forme le caillot qui paraît composé d'une série de filaments rougeâtres.

**Discussion.**

M. Chassaignac. Parmi les noms cités par M. Demarquay, je n'ai point entendu prononcer celui de M. Cruveilhier. Cependant il a fait représenter dans son Atlas d'anatomie pathologique les vaisseaux lymphatiques de l'utérus qui étaient fort dilatés.

M. Demarquay. L'observation de M. Chassaignac est juste ; mais M. Cruveilhier ne s'est occupé que de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, tandis que je m'occupe de la dilatation simple en dehors de l'inflammation.

M. Michon. J'ai écouté avec grand intérêt la lecture du travail de M. Demarquay. Notre confrère nous demande ce qu'il y a à faire dans ce cas ? Je crois qu'il ne faut employer que des moyens palliatifs, si j'en juge par analogie. Je ne crois pas que l'on puisse guérir les varices lymphatiques mieux que les varices veineuses, les unes et les autres se liant à un état général de l'économie contre lequel le traitement local ne peut rien. Suivant moi, il doit exister chez le jeune homme que nous a présenté M. Demarquay une dilatation d'une grande partie du système lymphatique du membre. Voilà pourquoi on a pu recueillir une si grande quantité de lymphe sans inconvénient pour la santé du jeune homme.

M. Demarquay. Je puis assurer qu'il ne reste chez le jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société qu'un vaisseau lymphatique malade bien isolé, avec dilatation du réseau lym-

phatique circonvoisin. On ne trouve sur la cuisse droite aucune autre dilatation que celles que j'ai indiquées.

M. Chassaignac, après avoir présenté quelques considérations intéressantes sur les lymphatiques des membres, combat M. Michon. Pour lui, les varices ne sont point incurables; il croit que la cautérisation bien faite, si surtout les malades sont maintenus au lit, peut donner de bons résultats. Elle corrige surtout les dispositions morbides, et si elle ne donne pas des résultats constants, elle a l'avantage de mettre les malades pendant un temps assez long à l'abri de toute espèce d'accidents.

M. Nélaton. Je crois, comme M. Michon, que les varices sont incurables. Pendant mon séjour à Bicêtre, j'ai eu occasion de voir bon nombre de malades qui avaient subi des opérations multipliées pour être guéris de leurs varices; chez aucun, je n'ai pu constater une véritable guérison.

Pour revenir au travail de M. Demarquay, je dirai que j'ai eu assez souvent l'occasion de voir des varices du prépuce. J'ai vu le malade de M. Beau. Le dessin que M. Demarquay a fait faire d'après les indications de M. Beau donne une image fidèle des dilatations. Ce malade a été guéri par l'introduction de deux petits sétons dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques; une aiguille ordinaire a servi de moyen conducteur. Ces sétons restèrent quelques heures en place, et le lendemain les lymphatiques étaient durs, tuméfiés. Bientôt la guérison fut complète. Chez le malade de M. Demarquay, les choses ne sont plus dans les mêmes conditions; indépendamment de la varice lymphatique, il y a dilatation du réseau superficiel des vaisseaux lymphatiques : dans ce cas, la cautérisation avec la pâte de Vienne me paraît devoir donner un bon résultat.

### Traitement du croup.

M. Guersant lit un travail sur le traitement du croup. Ce travail, renvoyé au comité de publication, se termine par les conclusions suivantes :

1° Un enfant peut avoir deux fois le véritable croup.

2° Une seconde atteinte peut être aussi grave qu'une première, et on peut pratiquer une seconde fois la trachéotomie avec succès.

3° A la suite de la trachéotomie, les aliments passent quelque-

fois par la plaie, et, dans ce cas, on est souvent forcé, pour nourrir le malade, d'avoir recours à la sonde œsophagienne.

4° Pour l'introduction de la sonde, on doit préférer l'introduction par les fosses nasales.

**Note sur l'appareil lithotriteur du docteur J. Vinci.**

J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'honorable Société plusieurs modifications apportées à l'appareil de la lithotritie.

1° Le lithoclaste à cuiller a subi différentes modifications qui nous paraissent inutiles, sinon dangereuses. Ce fait a été reconnu par plusieurs éminents praticiens. Nous pensons, toutefois, que ces derniers ont eu tort, à leur tour, en voulant trop généraliser l'emploi de cet instrument.

En effet, après avoir écrasé trois, deux et même une fois la pierre, la cuvette de la femelle s'engorge, le détritus se tasse; dans le but d'obvier à ce grave inconvénient, on a déjà fait de nombreuses tentatives qui, comme nous venons de le dire, sont sujettes à de grandes objections.

On le conçoit aisément, cet engorgement rend inefficace tout effort ultérieur.

Il faut donc retirer l'instrument avant que d'avoir pu écraser une quantité notable; mais, alors qu'on retire l'instrument, se présente une autre difficulté : c'est l'écartement inévitable des mors. Il y a donc, dans cette pratique, nécessité de recommencer souvent l'opération et de subir chaque fois les conséquences de l'engorgement.

De ces considérations résulte, pour nous, que le lithoclaste à cuiller simple, ou tel qu'on l'a modifié jusqu'ici, est moins propre à diviser et à pulvériser qu'à ramasser.

J'ai pratiqué au delà de cent opérations de lithotritie, tant en Italie qu'à Malte; mon frère, professeur de clinique chirurgicale à Catane, l'a pratiquée au moins aussi souvent que moi. Cette double expérience m'a démontré que le lithoclaste fenêtré et à pignon mérite de beaucoup la préférence sur l'instrument dont nous venons de parler. Voici maintenant la modification que nous avons apportée au lithoclaste à cuiller.

Notre attention a dû se porter sur le moyen de dégorger la cuvette, afin de pouvoir continuer à volonté la durée des séances

comme avec le *fenêtré*, et de n'avoir pas à retirer l'instrument engorgé.

Nous avons fait fabriquer par M. Charrière un lithoclaste à mors *plats*, sans *rebords* et sans *cuvette* et à simple *cylindrique*. A l'aide d'un mécanisme dans le carré et dans l'armure, on obtient, moyennant deux rondelles : 1° l'action la *plus complète* des instruments à coulisses; 2° un mouvement latéral qui dégorge complétement les mors en les faisant jouer l'un sur l'autre (à l'aide de la rondelle inférieure); 3° un mouvement de fixation qui rend à l'instrument son action n° 1 (rondelle supérieure ou petite).

2° Le lithoclaste fenêtré, quoique simplifié aujourd'hui, présente encore un grand inconvénient : dans le carré, les branches sont dépourvues de rainures et de coulisses. De là résulte un déplacement de la crémaillère lorsqu'on a saisi le calcul; tandis que le pouce de la main gauche appuie sur la rondelle du simple, celui-ci se déplace en haut, d'où changement de rapport entre les deux branches.

J'ai fait pratiquer aussi des rainures et des coulisses dans le carré de cet instrument.

3° Les pinces destinées à *écraser* les calculs ou fragments engagés dans l'orifice externe de l'urètre ou dans la fosse naviculaire, sans être assez efficaces, ont tous les inconvénients des pinces articulées. La main est entièrement active. J'ai fait construire une pince à vis verticale et à branches élastiques : d'où facilité dans son application, moins de douleur pour le malade et puis économie de force.

4° Les pinces à *extraire* les mêmes corps de ces régions du canal présentent l'inconvénient de pincer la muqueuse. Cet inconvénient est affaibli par la forme elliptique des branches; par contre, cette forme rend l'instrument inutile. J'ai à cet effet fait fabriquer une pince à branches inégales.

5° Les mors des pinces bilabées qu'on emploie dans le même but, mais pour des régions plus profondes, exposent également au pincement. Nous avons aussi rendu leurs branches inégales.

6° J'ai fait fabriquer une pince à six branches garnies à l'intérieur en baudruche et un stylet au centre. Elle est munie de canules de rechange en gomme pour accroître à volonté le diamètre dans l'étendue de la gaîne métallique de l'instrument.

7° J'ai fait fabriquer aussi de fortes bougies en argent à bout vésical concave pour repousser dans la vessie les calculs ou fragments arrêtés dans la région interne de l'urètre.

De la comparaison de tous ces instruments, nous croyons pouvoir conclure que :

Le lithoclaste à cuiller est un instrument propre à ramasser et non à briser ou pulvériser, malgré les modifications qu'on y avait apportées ;

Le lithoclaste fenêtré a l'avantage de prolonger les séances sans s'engorger, mais il a l'inconvénient de ne pas réduire la pierre en poudre ;

Notre lithoclaste, que nous appellerons pulvérisateur, puisqu'il écrase et pulvérise, ayant la faculté de ne pas s'engorger, remplit réellement le but des deux instruments précédents ;

Même dans les cas de calculs durs ou volumineux, après une division préliminaire par le lithoclaste fenêtré, mon instrument reprend ses avantages.

D'où il ressort que le lithoclaste à cuiller ne peut être employé avec avantage que dans les cas où, pour des motifs qu'il serait trop long d'énumérer, il est nécessaire d'extraire la matière calculeuse.

Le lithoclaste fenêtré, dans les cas exceptionnels où il est indiqué, doit être employé avec notre modification, afin que le calcul soit fixément maintenu.

Nos pinces, tant celles modifiées que celles inventées, nous paraissent offrir les avantages d'une application facile, d'une efficacité certaine, sans avoir les inconvénients des anciennes, tels que le pincement de la muqueuse, etc.

Enfin, nous signalerons à la bienveillante attention de la Société la sonde à bout vésical concave, destinée au refoulement des concrétions calculeuses engagées dans la région prostatique de l'urètre.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

*Séance du* 3 *décembre* 1851.

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

Le ministre de la guerre informe M. le président que, d'après un rapport du conseil des armées, un abonnement est pris aux Mémoires et aux Bulletins de la Société de chirurgie pour la bibliothèque du Val-de-Grâce. Une lettre de remercîments sera adressée à M. le ministre de la guerre.

— M. Bonnet (de Lyon) adresse à la Société un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles observations de ruptures d'ankyloses angulaires du genou, suivant la méthode de M. Palasciano*, modifiée par M. Bonnet, et demande le titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Chassaignac, Debout, Maisonneuve, est chargée de faire un rapport.

— M. Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, fait hommage de son journal à la Société. — Des remercîments unanimes sont adressés à M. Debout.

— M. Hairion (de Louvain) fait hommage à la Société d'un travail ayant pour titre : *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie.* — M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.

— MM. Desgranges et Lafargue, médecins à Bordeaux, adressent un mémoire ayant pour titre : *Soupçon d'empoisonnement par l'acide arsénieux.* La cause présumée de la mort paraît être la circulation dans le système artériel des principaux organes d'une substance organique spéciale ayant l'aspect de corpuscules inorganiques, anatomie pathologique de cet état maladif du liquide sanguin, lié à une chlorose.

**Varices. — Suite de la discussion.**

M. Chassaignac revient sur les idées qu'il a émises dans la précédente séance touchant la cure des varices. Il insiste sur la néces-

sité de soumettre les malades à un traitement convenable parmi les personnes affectées de varices. Il en est un certain nombre pour lesquelles le traitement palliatif est impossible, à cause des professions qu'elles exercent.

M. Lenoir. J'ai eu occasion, à Necker, de voir bon nombre de malades opérés par Bérard. Non-seulement je n'ai point constaté de succès par la cautérisation avec la pâte de Vienne, procédé opératoire auquel s'était arrêté Bérard, mais encore j'ai vu des malades dont la situation était aggravée. Ils avaient de l'œdème des membres inférieurs, déterminé par la destruction des veines et des vaisseaux lymphatiques. Pour cette raison, je préfère un traitement palliatif fait avec un bas lacé en caoutchouc vulcanisé qui maintient le membre, et empêche les varices de se développer et de se rompre.

M. Huguier. J'ai vu, comme mes collègues, des malades opérés par MM. Velpeau et Bérard sans avantage aucun. J'ai fait des recherches dans le but de déterminer quelle était la cause constante de ces insuccès, et j'ai démontré que les veines superficielles des membres s'anastomosent largement avec les veines profondes; d'où le rétablissement facile de la circulation. De plus, j'ai démontré qu'il existe une veine plus ou moins développée partant de la saphène externe pour aller se jeter dans la sciatique, et que j'ai appelée *sciatico-poplitée* Voilà, suivant moi, la cause des insuccès des opérations tentées pour oblitérer les veines.

M. Michon. La question de la curabilité des varices soulevée à propos du travail de M. Demarquay est intéressante. Beaucoup de chirurgiens, à Paris, semblaient revenus des espérances qu'ils avaient conçues à l'occasion des différents modes de traitement qui avaient été appliqués aux varices de veines; mais, à Lyon, plusieurs chirurgiens éminents et, à Paris, M. Chassaignac se montrent encore partisans de la cure radicale des varices. J'espère que les résultats qu'ils obtiendront seront plus probants que ceux obtenus par leurs prédécesseurs dans la même voie. Il semble que la nature elle-même soit impuissante à oblitérer les veines. Ne voyons-nous pas très souvent l'inflammation survenir dans les veines variqueuses et amener l'oblitération de celles-ci? Eh bien! grâce à la circulation qui se fait par les voies collatérales, ces veines oblitérées redeviennent perméables comme avant. J'ai vu beaucoup de

malades opérés par des chirurgiens distingués, et je n'ai observé aucun résultat heureux de ces opérations. M. Chassaignac nous dit que les malades opérés par la cautérisation doivent rester trente à quarante jours au lit. A-t-il cherché à déterminer ce que le repos seul peut donner dans ces circonstances? Si la cautérisation n'amène pas une oblitération complète des veines, si elle ne pallie que les accidents, je la rejette à cause des traces indélébiles qu'elle laisse, et je préfère de beaucoup les moyens palliatifs signalés par M. Lenoir.

M. Chassaignac. La question en litige ne peut être jugée que par les faits. Je m'engage à mettre la Société à même de juger par elle-même, en lui présentant le malade que je soumettrai à une opération; j'ajouterai seulement, en terminant, que, pour guérir, il faut oblitérer la transformation fibreuse des veines et soumettre les malades au repos pendant un certain temps.

**Discussion sur la lymphorrhagie.**

M. Lebert insiste, à l'occasion du procès-verbal, sur la profonde différence qui existe entre la lymphe telle qu'elle a pu être recueillie sur le malade de M. Demarquay et la lymphe coagulable des produits inflammatoires. Cette idée, qui, un moment abandonnée, a été de nouveau mise en usage par quelques pathologistes de ces derniers temps, ne renferme qu'une notion erronée; les globules de la lymphe sont on ne peut plus différents de ceux du pus, et le sérum de la lymphe se distingue encore de celui du pus par la formation constante d'un caillot fibrineux immédiatement après que la lymphe est sortie du vaisseau.

M. Lebert exprime ensuite l'opinion que probablement beaucoup de cas de sécrétion lactée par une autre partie du corps que par la glande mammaire ne sont autre chose que des varices lymphatiques qui fournissaient de temps en temps des lymphorrhagies. Tel était probablement un cas qu'il a observé en 1833 à Zurich, cas dans lequel c'est par le scrotum que se faisait de temps en temps une sécrétion d'apparence lactée, liquide qui offrait tous les caractères de la lymphe qui nous a été présentée par notre collègue M. Demarquay.

M. Demarquay. Comme M. Lebert, en observant la lymphorrhagie dont j'ai rendu témoin la Société de chirurgie, je me suis de-

mandé si certaines collections de liquide d'apparence laiteuse n'étaient point dues à une collection de lymphe. Quant au fait curieux observé par M. Vidal et auquel il a donné le nom de galactocèle, je ne crois pas que dans ce cas on ait eu affaire à du lait. Ce liquide est trop complexe pour qu'il puisse être fourni par l'exhalation d'une membrane séreuse; il faut qu'il soit élaboré par une mamelle, et je ne sache pas qu'aucun organe de ce genre ait jamais été trouvé dans la région scrotale. L'analyse chimique, faite par M. Lecomte, préparateur de M. Magendie, et M. Grassi, pharmacien de l'hôpital du Midi, ne démontre pas d'une manière certaine que le liquide retiré par M. Vidal fût du lait : il manque un élément important, le phosphate de chaux; le sucre, s'il existe, est à peine notable. M. Lecomte, à qui je montrais de la lymphe recueillie en votre présence et à qui je posais la question suivante : A quoi comparez-vous ce liquide? me répondit sans hésiter : Au liquide qui m'a été remis par M. Vidal. Si le galactocèle n'existe pas, le fait de M. Vidal n'en est pas moins curieux. Ce liquide pris pour du lait, serait-ce par hasard de la lymphe donnée par les vaisseaux lymphatiques du scrotum dilatés? Ces derniers se seraient-ils rompus dans la tunique vaginale? A la rigueur, cela est possible, mais non démontré. Sans invoquer la présence du lait dans la tunique vaginale, on comprend qu'un liquide d'apparence laiteuse puisse s'y rencontrer.

M. Debout. Je ferai remarquer à M. Demarquay que M. Vidal signale positivement dans la composition du liquide qu'il a retiré de la double tumeur des bourses de son malade du sucre et une matière très analogue à la caséine. Comme M. Demarquay, je soupçonne quelque erreur dans cette analyse.

Le hasard, qui se plaît à grouper les faits les plus insolites, soumettait pour la première fois à l'observation de M. le professeur Velpeau, après un mois d'intervalle, un fait semblable à celui de M. Vidal. Le liquide tiré de l'hydrocèle d'un homme de trente-quatre ans, d'assez chétive apparence, présentait, aussitôt sa sortie de la tunique vaginale, toutes les apparences du lait; mais, après quelque temps de contact avec l'air, il a pris une teinte brun-foncé. L'analyse complète n'a pas été publiée; cependant un premier examen a permis à M. Chevalier de constater de l'albumine, du sang et du pus. Le fait de M. Demarquay appellera l'attention sur les

analyses ultérieures; mais un enseignement reste qu'il importe de mettre en relief, c'est que, toute diverse en apparence que se soit montrée la composition des liquides, ces cas d'hydrocèles n'en ont pas moins guéri sous l'influence des injections iodées.

### Kystes de l'ovaire.

M. Huguier lit un rapport au nom de la commission chargée d'examiner le travail de M. Ad. Richard, dans lequel l'auteur démontre que certains kystes de l'ovaire viennent s'ouvrir dans la trompe. M. le rapporteur, après avoir rendu un compte exact du fait anatomique observé par M. Richard, examine si, dans d'autres localités de l'organisation, il n'a point été donné au médecin d'observer quelque chose d'analogue à ce qu'a signalé M. Richard. Ces recherches de M. le rapporteur n'ont pas pour but de diminuer l'intérêt qui s'attache au travail qu'il était chargé d'examiner; bien loin de là, il regarde M. Richard comme ayant le premier bien vu la communication du kyste de l'ovaire avec la trompe; il signale l'importance de cette communication, et propose à la Société d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son intéressant travail au comité de publication.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du* 10 *décembre* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

### Correspondance.

La Société reçoit :

1° De M. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire* de Larrey père;

2° De M. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer;*

3° De M. Ricord, *Lettres sur la syphilis;*

4° De M. Boinet, un *Mémoire sur les injections iodées dans a cavité péritonéale.*

Des remercîments sont adressés aux auteurs.

**Rapport.**

M. Bayard (de Cirey) ayant adressé il y a peu de temps un travail à la Société de chirurgie sur la structure du cristallin et sur la capsule cristalline, M. Lenoir, chargé de faire un rapport verbal sur ce travail, s'exprime dans les termes suivants :

Notre confrère M. Bayard n'exprime dans son travail aucune idée nouvelle sur la structure du cristallin. Suivant lui, la capsule de ce dernier ne serait qu'une expansion de la membrane hyaloïdienne. Cette idée a déjà été émise par Winslow, et, de plus, elle est fausse. La capsule cristalline diffère de l'hyaloïde :

1° Par son épaisseur,
2° Par sa vascularité,
3° Par ses caractères chimiques,
4° Par ses altérations.

Est-il vrai, comme le prétend l'auteur, que la cataracte débute toujours par la nécrose de la capsule? Cette opinion-là n'est pas soutenable ; nous savons tous que souvent il existe des cataractes avec l'intégrité de la capsule. Il n'est pas plus vrai de dire que l'opération de la cataracte par extraction expose davantage aux cataractes secondaires que l'opération par abaissement.

En conséquence, avant de poser des conclusions favorables à l'auteur, je proposerai à la Société d'attendre que M. Bayard nous ait adressé les travaux plus importants qu'il nous promet.

A l'occasion du rapport de M. Lenoir, M. Lebert communique le résultat de ses recherches sur les cataractes. La structure est tout à fait différente, selon que celle-ci est dure ou molle. Dans la cataracte dure, il y a un racornissement des fibres rubanées du cristallin ; leur largeur diminue, et toute leur surface paraît comme grenue et hérissée de petites pointes, ce qui tient à un simple dessèchement, une espèce de racornissement sénile avec perte de la transparence et teinte jaunâtre.

Dans la cataracte molle, il s'opère un tout autre travail ; les fibres du cristallin se brisent, se désagrègent, se ramollissent, leur transparence fait place à un trouble plutôt lacté ; on reconnaît des granules et même des stries dans la substance des fibres, et il est très difficile de dire si ces granules y sont déposées par exsudation

ou par altération intrinsèque des fibres elles-mêmes. Dans les cataractes molles, on trouve en outre parfois des amas blanchâtres dans lesquels le microscope fait voir des granules moléculaires d'apparence graisseuse, et une quantité très considérable de cristaux de cholestérine. Les cellules de la liqueur de Morgagni, enfin, nous ont présenté plusieurs fois, dans ces cas, l'infiltration granulo-graisseuse.

La cataracte dure est donc une espèce de dessèchement, tandis que la cataracte molle est plutôt due à une tendance à la diffluence, au ramollissement et à l'altération granulo-graisseuse.

Quant à la cataracte dite traumatique, j'ai eu occasion de l'étudier en 1847, à une époque où je faisais de nombreuses expériences pour produire artificiellement la cataracte et pour observer la régénération du cristallin. Je suis arrivé alors à ce résultat, qu'il n'est pas facile du tout de provoquer des cataractes chez les lapins par la vulnération de la capsule et du cristallin. Je n'ai trouvé dans mes dissections que des altérations dues à une inflammation traumatique, et le trouble capsulaire n'avait d'autres éléments qu'une exsudation plastique granuleuse, peu ou point corpusculaire; on sera, par conséquent, probablement obligé de séparer complétement la cataracte traumatique de celle qui se forme spontanément, sans compter que celle-ci paraît comprendre, sous une même dénomination, des altérations morbides bien diverses.

Dans mes recherches sur la cataracte spontanée, j'avais le double but de connaître d'abord les structures des produits morbides et de voir ensuite si le trouble du cristallin était de nature à pouvoir être résorbé sans opération. Je suis arrivé à la conviction intime que cette prétention, que plusieurs oculistes ont fait valoir depuis longtemps et encore de nos jours, était contraire tout à fait à l'observation et à la physiologie pathologique de la cataracte. Sans vouloir prononcer le mot de charlatanisme, j'y trouve au moins une étrange exagération, et je serais heureux si mes collègues de la Société de chirurgie voulaient bien m'éclairer du résultat de leur expérience sur ce point de la pratique.

M. Maisonneuve. Je suis complétement de l'avis de M. Lebert. Je crois, comme lui, que la cataracte vraie est incurable. Tous les essais que j'ai faits, malgré la persévérance que j'y ai mise, ont été sans résultat.

M. Boinet. M. Sanson avait autorisé M. Gondret à faire des expériences dans son service avec la pommade ammoniacale, et les résultats qu'il avait fait espérer ont été complétement nuls en ce qui concerne les cataractes cristallines, tandis que la cataracte capsulaire liée à un état inflammatoire aurait cédé quelquefois.

M. Michon. J'ai repris sans aucun succès le traitement de la cataracte préconisé dans le journal de M. Malgaigne; je crois, comme mes honorables collègues, que la cataracte vraie cristalline est incurable par les soins médicaux seulement. Mais je pense, comme M. Sanson, que l'on peut obtenir la guérison des cataractes capsulaires liées à un état inflammatoire de cette membrane.

M. Guersant n'a jamais obtenu la guérison d'une cataracte vraie par les traitements qu'il a mis en usage avec une grande énergie; tandis que chaque année, à l'hôpital des Enfants, il voit guérir des cataractes traumatiques soit par les seuls efforts de la nature, soit secondés par une médication active.

M. Giraldès appuie M. Lebert en ce qui est relatif à la difficulté de produire des cataractes vraies sur les animaux vivants. Les inflammations de la capsule, suivant lui, peuvent être telles qu'elles amènent la nécrose du cristallin : d'où, par conséquent, la production d'une cataracte traumatique réfractaire à nos moyens de traitement.

M. Chassaignac. J'ai fait une observation relativement aux cataractes capsulaires traumatiques; c'est que, lorsque la résolution s'est opérée, il se fait à la partie inférieure de la capsule un dépôt de matière blanchâtre, comme dans l'onix. Je crois aussi les cataractes vraies incurables; mais je pense que, par un traitement convenable, on peut retarder la marche de l'affection et maintenir la vue dans un état satisfaisant pendant un temps assez long. La belladone m'a souvent donné ce résultat.

M. Chassaignac a observé l'affaiblissement graduel spontané des solutions de belladone, et il pense qu'il y a lieu à établir, comme règle pratique, que, quand on veut employer des instillations à effet constant, il faut employer des dissolutions préparées au moment même et dans des proportions toujours les mêmes.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

*Séance du* 17 *décembre* 1851.

**Présidence de M. Larrey.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. le professeur Roux fait hommage à la Société d'un exemplaire de l'Eloge de Bichat et Boyer.

Ce professeur adresse, en outre, une lettre par laquelle il s'excuse de ne pouvoir prendre part momentanément à nos travaux. La lettre de M. Roux est lue à la Société, et des remercîments lui sont adressés.

— M. Danyau dépose sur le bureau de la Société son rapport sur le travail du docteur Sulikowski, ayant pour titre : *Observation de superfétation ombilicale congénitale d'une fille de quatorze ans*, guérie au moyen d'une opération extraordinaire.

La Société a reçu, en outre :

1° Le numéro de décembre du journal de M. Lucas Championnière;

2° Un numéro de la *Gazette médicale des Etats sardes ;*

3° Un mémoire de M. Dufour sur une nouvelle espèce de tumeur de la voûte crânienne.

M. Chassaignac, rapporteur.

**Présentation de malades. — Exostose vertébrale.**

M. Huguier présente un malade âgé de dix-neuf ans, sur lequel on voit à la partie inférieure de la région dorsale une tumeur du volume d'un gros citron, bien limitée, arrondie, sans changement de couleur à la peau, ni adhérence des téguments. Elle s'étend depuis la neuvième vertèbre dorsale jusqu'à la douzième; elle a 0,1 de hauteur sur 0,06 de largeur; elle est située sur la ligne médiane, qu'elle déborde de 0,025 à droite, et de 0,04 à gauche.

Du côté droit elle offre ceci de remarquable, que les doigts refoulant les parties molles peuvent glisser entre la tumeur et les apophyses transverses, et presque rejoindre les apophyses épineuses,

La tumeur a une consistance tout à fait osseuse et une fixité aux os voisins (apophyses transverses ou côtes) telle que rien ne peut l'ébranler, et que les mouvements qu'on lui imprime sont transmis au reste du corps du malade. Sa base se confond avec les os dont nous venons de parler; elle paraît se prolonger un peu vers la onzième côte.

Il semble que la tumeur part de la tubérosité des trois dernières côtes gauches, et surtout des apophyses transverses correspondantes et des lames des vertèbres, et qu'elle se dirige obliquement en haut et surtout en dedans, et enfin dépasse à droite la ligne médiane.

Elle offre ceci de remarquable que, dépendant de trois vertèbres, elle ne présente aucune bosselure.

Pendant les mouvements de flexion ou d'extension du tronc, la main, placée sur la tumeur, perçoit une sensation de crépitation fine et nombreuse causée par le frottement sur la tumeur des muscles longs du dos, que l'on sent se déplacer entre le tégument et la tumeur. On la perçoit aussi dans les grands mouvements des membres, toutes les fois que les muscles se contractent. Aucun symptôme fonctionnel n'est ressenti; les membres inférieurs sont bien développés, ils sont très libres dans leurs mouvements; le malade n'a jamais eu de fourmillement ni d'engourdissement.

Ce fait intéressant a été recueilli par M. Moynier, interne du service.

### Reprise de la discussion sur la cataracte.

M. Robert. En 1820, l'Université de Tubingen avait proposé pour question de prix le sujet qui nous occupe, et M. Dietrich publia à cette occasion un mémoire où sont relatées les nombreuses expériences tentées par lui sur les animaux.

D'après ce travail, il semblerait que l'on peut assez facilement produire des cataractes et en étudier l'évolution; l'auteur dit avoir produit des cataractes, soit membraneuses, soit lenticulaires, en piquant ou en blessant de diverses manières soit la capsule, soit le cristallin lui-même. D'après ces résultats, il serait facile de résoudre expérimentalement les questions anatomo-pathologiques qui se rattachent à l'histoire de la cataracte traumatique.

M. Robert a voulu, il y a quelques années, répéter ces expériences; il en a tenté un assez grand nombre, soit sur des chiens de

divers âges, soit sur des lapins. Or, de quelque manière qu'il ait lésé la capsule antérieure ou postérieure, ou le corps même du cristallin, jamais il n'a réussi à provoquer la formation d'une cataracte lenticulaire.

Les lésions de la capsule ont souvent déterminé une opacité et un épaississement très circonscrits de la capsule, le plus souvent passagers. Quant au cristallin, sans perdre sa transparence, il s'est légèrement boursouflé, et les parties circonférentielles en sont venues faire hernie à travers les déchirures de la capsule.

Très étonné de ce résultat, qui était en opposition directe avec ceux de M. Dieterich, M. Robert ne savait comment en concevoir l'explication. Les résultats obtenus par M. Lebert et M. Giraldès étant analogues aux siens, il est maintenant convaincu qne M. Dieterich a dû commettre des erreurs dans l'observation et l'appréciation des faits.

Ainsi, l'expérimentation ne pouvant donner aucun élément à l'étude anatomo-pathologique de la cataracte traumatique, il reste pour l'élucider l'observation clinique. Or la question est complexe, car les conditions du traumatisme sont ici nombreuses et variables. Le cristallin peut être simplement ébranlé par suite d'un coup sur l'œil ou sur la tête. La capsule peut être piquée, incisée, dilacérée avec ou sans perte de substance; le cristallin peut être luxé, etc., etc.

Qu'arrive-t-il dans tous ces cas? Les lésions de la capsule entraînent-elles nécessairement son opacité, et le cristallin est-il ou non destiné dans ces cas à perdre également sa transparence? Pour résoudre ces questions, on est souvent arrêté par les difficultés du diagnostic. En effet, il est toujours difficile, et même quelquefois impossible de déterminer le siége réel de l'opacité : s'il est dans la capsule exclusivement, si derrière elle ne se trouvent point altérées les couches circonférentielles et liquides du cristallin (l'humeur de Morgagni), ou si enfin le cristallin seul n'aurait pas perdu sa transparence sans que la capsule ait été modifiée.

Si l'on parvient à résoudre quelquefois ces difficultés, il faut, dans les cas où la guérison de la cataracte survient, déterminer le mécanisme de cette guérison. Les parties opaques peuvent-elles reprendre leur transparence, ou le retour de la vision ne peut-il s'effectuer sans que le cristallin ou la capsule ait été résorbé? A cet

égard, l'opinion des observateurs n'est point unanime; quelques-uns ont paru croire que les parties devenues opaques ne sont plus susceptibles de recouvrer leur transparence. Cependant, plusieurs faits prouvent le contraire. Marjolin père m'a raconté, dit M. Robert, avoir vu chez une dame une cataracte survenue à la suite d'un coup de bouchon d'une bouteille de champagne; il combattit énergiquement les accidents inflammatoires concomitants et le cristallin recouvra promptement sa transparence.

M. Stœber (de Strasbourg) a publié dans les *Annales d'oculistique*, tome III, l'observation d'un enfant dont la capsule cristalline blessée par la pointe d'un couteau devint opaque, et recoûvra sa transparence au bout de quelques jours.

Enfin M. Robert a observé le fait suivant : en 1835, un cultivateur, abattant des châtaignes, eut l'œil gauche blessé par un des piquants qui hérissent la coque de ce fruit. Ce corps aigu avait traversé la cornée et s'était implanté dans le cristallin. Quelques jours s'étaient écoulés depuis l'accident, et déjà l'appareil cristallinien présentait une teinte uniforme d'un blanc de lait, dont il fut impossible de déterminer le siége précis. M. Robert, par une incision faite à la cornée, fut assez heureux pour extraire en totalité le corps étranger qui faisait encore une petite saillie en dehors. On pratiqua au malade une large saignée, l'œil fut couvert de compresses imbibées d'eau froide. Le lendemain, l'opacité avait un peu diminué, et au bout de quarante-huit heures elle avait complétement disparu.

D'un autre côté, dans plusieurs cas de cataracte survenue à la suite d'un coup sur l'œil, la guérison s'est effectuée spontanément par une espèce d'exfoliation et de résorption; telles sont les observations rapportées par M. Janson (de Lyon), M. Mondières (de Loudun), etc.

Le hasard m'a donné, dit M. Robert, l'occasion d'étudier le mode de formation et de guérison des cataractes traumatiques dans les circonstances que voici : lorsque, à la suite d'iritis, des fausses membranes se sont formées dans le champ de la pupille, j'ai pour habitude de les extraire avec une pince que j'introduis au moyen d'une petite incision faite à la cornée. Quatre fois j'ai trouvé ces fausses membranes adhérentes à la capsule du cristallin, de telle sorte qu'en les extrayant j'ai dû nécessairement arracher avec elles

un lambeau de cette capsule, ce que j'ai pu reconnaître immédiatement en étudiant à la loupe et sous l'eau les portions enlevées, et je me suis assuré de plus que la capsule cristalline était pellucide. D'ailleurs, aussitôt après l'opération, j'avais constaté que la pupille était nette. Eh bien! constamment vers le quatrième jour, une légère phlogose s'est manifestée dans l'œil, et en même temps le cristallin et sa capsule sont devenus complétement opaques. La première fois que j'observai ce fait, je craignis que la vision ne se rétablît point. Mais peu à peu le cristallin s'est boursouflé, il a fait en quelque sorte éclater la capsule, dont les fragments opaques se sont ou détachés, ou résorbés sur place. Quant au cristallin lui-même, il est tombé peu à peu et par flocons dans la chambre antérieure, où il a été également résorbé. Ce travail a été complet entre le cinquantième et le soixantième jour. Ces mêmes phénomènes se sont reproduits de la même manière dans les cinq autres cas.

En résumé, dit M. Robert, mon opinion est que dans les cataractes traumatiques déterminées par des contusions ou des lésions peu étendues, telles que piqûres ou incisions très bornées, la guérison peut s'effectuer par le retour des parties à leur transparence normale; mais que dans les cas où les lésions sont très étendues, et surtout avec perte de substance, il faut qu'il y ait nécessairement résorption du cristallin et de sa capsule. Du reste, cette question est loin d'être jugée; elle appelle de nouvelles observations.

M. Boinet. J'ai eu occasion d'assister à quelques opérations de cataracte dans lesquelles on déchirait seulement la capsule antérieure; dans ce cas, il se produisait un épanchement de sérosité et de sang entre le cristallin et sa membrane, à mesure que la résorption se faisait on constatait que le cristallin restait intact; il pense qu'il faut plus de soixante jours pour amener la résorption du cristallin; il estime à une année le temps nécessaire à l'absorption de cette lentille.

M. Chassaignac. A l'appui de la résorption et du déplacement des molécules opaques, je citerai l'observation d'un jeune homme qui a reçu un coup de foret dans l'œil; il survint une blessure de la cornée, et une cataracte qui avait une teinte verdâtre; à mesure que l'on observait le malade le disque venait plus transparent dans

le haut; il y a eu accumulation de molécules opaques à la partie inférieure. Il croit que l'opacité était déterminée par le pus.

M. Guersant. J'ai eu souvent occasion de voir à l'hôpital des Enfants des cataractes suite de contusion et par blessure. J'ai pu remarquer que la cataracte, dans le cas de contusion, était plus marquée et résistait davantage au traitement. Dans le cas de plaie, au contraire, la maladie cédait mieux à un traitement énergique.

M. Robert. Les faits signalés par MM. Chassaignac et Guersant sont intéressants. Quant à ceux signalés par M. Boinet, c'est à tort, suivant moi, qu'il compare ce qui se passe dans un appareil cristallinien sain blessé à ce qui se passe dans cet appareil cataracté et soumis à l'opération.

**Dilatation forcée de l'anus. Rapport verbal sur la thèse de M. Pelletier.**

M. Maisonneuve. M. Récamier, dans un travail intéressant publié il y a quelques années sur l'extensibilité musculaire, parle du massage cadencé de l'anus, dans le cas de contracture du sphincter anal. Ce travail fit peu de sensation; mais, ayant eu occasion de voir le professeur Récamier pratiquer le massage cadencé de l'anus, autrement dit la dilatation forcée du sphincter anal, j'ai fait un certain nombre de recherches sur les avantages de cette opération, et je suis arrivé au résultat suivant, à savoir : que la dilatation forcée est avantageuse pour guérir :

1° La constipation simple et opiniâtre des femmes;
2° La contracture simple, sans fissures;
3° La contracture compliquée de fissures;
4° La contracture avec complication d'hémorrhoïdes;
5° Ténesme des pays chauds.

M. Pelletier, qui a été mon interne, et qui a pu constater les avantages de la dilatation forcée dans les cas signalés plus haut, a fait une bonne thèse, éminemment pratique, où il a bien résumé les éléments de la question. En conséquence, je demande que sa thèse soit déposée dans nos archives et que des remerciments lui soient adressés.

M. Lenoir. Je regrette que M. Maisonneuve ait oublié de citer M. Monod, qui a lu au sein de la Société un mémoire sur les avantages de la dilatation forcée de l'anus. Je regrette, de plus, que

cette opération ne soit pas plus connue des praticiens. J'ai eu assez souvent l'occasion de la mettre en usage toujours avec succès : tout récemment encore, sur un magistrat qui souffrait depuis plusieurs années, malgré les nombreux traitements qu'il avait essayés, la dilatation forcée le guérit radicalement. Cette opération est fort douloureuse; il importe donc d'administrer le chloroforme.

Mais, le chloroforme relâchant le sphincter, il importe, pour vaincre la résistance de ce muscle et déchirer un certain nombre de ses fibres, de produire une plus grande dilatation. Quand on fait la dilatation du sphincter anal avec ou sans le sommeil chloroformique, on produit un petit bruit particulier comme une déchirure; c'est l'indice certain d'une dilatation convenable. Cette opération, en même temps qu'elle produit la rupture des fibres musculaires, amène la formation d'une ecchymose souvent peu considérable, mais quelquefois assez forte pour prendre la proportion d'une petite complication. Un de nos collègues a vu cette ecchymose devenir le siége d'un travail inflammatoire et s'abcéder.

M. Lenoir, en terminant, propose l'introduction temporaire d'une mèche assez volumineuse dans l'orifice anal; il s'est bien trouvé de l'usage de ce moyen, qui, suivant lui, prévient le trombus du pourtour de l'anus.

M. Demarquay. Dans un travail publié en 1845, dans les *Archives générales de Médecine*, sur la fissure à l'anus, j'ai préconisé, en m'appuyant sur l'autorité de Blandin et de M. Jules Guérin, la ténotomie sous-muqueuse du sphincter anal dans le traitement des fissures de l'anus, et j'ai rapporté dans ce mémoire un bon nombre d'observations à l'appui des doctrines que je défendais. Depuis, MM. Maisonneuve et Monod ont justement préconisé la dilatation forcée de l'anus pour guérir non-seulement la fissure à l'anus, mais encore la contracture du sphincter sans fissure. Je comprends que, dans les cas simples, cette opération soit préférée à celle de Boyer et même à celle de Blandin. Lorsque la contracture du sphincter est compliquée d'hémorrhoïdes volumineuses non enflammées, la dilatation forcée est-elle encore indiquée? Je comprends qu'elle soit encore applicable dans ce cas, bien qu'elle expose infiniment plus aux épanchements sanguins considérables, sur lesquels M. Lenoir appelait justement l'attention de la Société; mais si ces tumeurs hémorrhoïdaires sont enflammées, en même temps

qu'étranglées par la contracture du sphincter, doit-on encore recourir à la dilatation forcée ? Je ne le crois pas. La dilatation, dans ce cas, expose à une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire périphérique de l'anus et des parties voisines, à la phlébite même; tandis que la ténotomie sous-muqueuse n'expose point à cet inconvénient. Dans plusieurs circonstances, j'ai vu Blandin agir de la sorte avec grand avantage pour le malade, et aucun accident n'est survenu. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de suivre les préceptes de Blandin, et je m'en suis très bien trouvé. Tout récemment je fus appelé par le docteur Roujon près d'une dame affectée de contracture du sphincter et de fissure anale. Une crise hémorrhoïdale survenant, des tumeurs volumineuses se formèrent autour de la marge de l'anus; un certain nombre de tumeurs hémorrhoïdaires venant de la cavité rectale étaient fortement étranglées par le sphincter, elles étaient en partie gangrenées et exhalaient une odeur putride. La malade avait de la fièvre, des nausées, des douleurs dans le fondement s'irradiant dans le petit bassin. L'examen direct de toutes ces parties était impossible, tant les douleurs étaient violentes. J'eus la pensée de chloroformiser la malade et de faire la dilatation; mais je fus bien vite arrêté par la crainte de voir survenir un phlegmon à la suite d'une violence aussi considérable exercée sur toutes ces parties enflammées. Je pris alors le parti de chloroformiser la malade assez seulement pour faire disparaître la sensibilité, mais pas assez pour amener la résolution musculaire. Je fis la ténotomie sous-muqueuse; bientôt les accidents cessèrent, et le lendemain de l'opération la malade était dans un état très satisfaisant. Pour toutes ces raisons, je préfère, dans le cas de contracture du sphincter compliquée de tumeurs hémorrhoïdaires enflammées, la ténotomie sous-muqueuse, qui, bien faite, remédie aux accidents, et n'expose point autant que la dilatation forcée aux accidents inflammatoires.

M. Michon. Je partage l'opinion de M. Lenoir; je crois que cette opération n'est point assez vulgaire. Je l'ai faite au moins trente fois; j'ai observé les malades ensuite, et je n'ai trouvé qu'un seul insuccès. J'ai guéri deux malades traités par Blandin; j'ai vu souvent survenir une ecchymose après cette opération, mais jamais rien de sérieux. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'introduire la mèche préconisée par M. Lenoir. Tous mes opérés ont été aban-

donnés à eux-mêmes, et je n'ai constaté qu'une seule récidive. Cette opération étant fort douloureuse, il importe d'employer le chloroforme; alors la dilatation est sans douleur, et à la fin du sommeil anesthésique le malade est à la fois guéri de sa contracture et des douleurs de l'opération. La dilatation à l'aide du sommeil chloroformique permet d'examiner avec grand soin l'intérieur du rectum et d'apprécier la position des fissures. J'ai vu, comme M. Maisonneuve, un cas suite de dyssenterie, compliqué de fissure avec ténesme et contracture, guéri par la dilatation. On peut se demander si, dans ces cas, il n'y aurait point complication de fissure à l'anus. Pendant la dilatation forcée de l'anus, on a souvent la sensation d'une déchirure; mais cette sensation n'est pas constante, et elle n'est pas nécessaire pour obtenir la guérison. Cette opération n'expose pas à des accidents sérieux; elle est, d'ailleurs, maintenue par la nature dans certaines limites: en arrière et en avant, elle est limitée par le coccyx et le plancher périnéal, et latéralement par les ischions.

M. Demarquay pense que la ténotomie sous-muqueuse doit être préférée dans le cas de contracture du sphincter compliquée d'hémorrhoïdes; à cet égard, il faut distinguer les hémorrhoïdes dépendant de la contracture, et qui peuvent céder en même temps qu'elle par la dilatation. Mais lorsque les hémorrhoïdes sont enflammées, qu'elles déterminent des accidents sérieux et qu'il y a contracture, il faut se demander si le chirurgien ne doit pas attendre que ces accidents soient calmés pour agir; si les accidents sont pressants, dans ce cas, la ténotomie sous-muqueuse pourrait être employée avec avantage.

M. Chassaignac. A l'époque où M. Monod a lu son travail, j'ai fait des objections à la méthode de traitement des fissures à l'anus par la dilatation. Toutefois, j'ai depuis fait un certain nombre de fois la dilatation avec succès; mais je ne crois pas qu'il faille absolument abandonner l'incision. Tout récemment M. Hervez de Chégoin a proposé un procédé d'incision fort simple et qui, dans certains cas, peut être avantageux. Je m'en suis bien trouvé tout récemment à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Demarquay. M. Michon dit que la présence des hémorrhoïdes n'est pas une contre-indication à la dilatation. Je le comprends quand elles ne sont pas volumineuses, ni enflammées, et qu'elles

sont liées à la contracture ; mais, dans les circonstances inverses, je crois que le chirurgien doit préférer la ténotomie à la dilatation. On me dit : Mais que ne laissez-vous passer la période inflammatoire, alors il n'y a plus de danger ? Cela est vrai ; mais, en attendant la cessation de ces accidents, le malade souffre horriblement, les symptômes d'étranglement persistent, la gangrène survient ; tandis que par la ténotomie vous faites cesser tous les accidents : c'est ce que j'ai pu constater plusieurs fois dans la pratique de Blandin et dans plusieurs circonstances toutes personnelles.

M. Huguier. Il est heureux que la Société de chirurgie soit revenue sur la dilatation forcée de l'anus dans le cas de fissure, d'autant plus qu'à l'Académie de médecine, tout récemment, dans la discussion qui eut lieu à propos du rapport de M. Larrey, ce mode nouveau de traitement a été à peine indiqué. Je préfère généralement la dilatation à l'incision ; cette dernière opération expose à des accidents primitifs, secondaires et consécutifs assez sérieux. Ainsi, il reste à la suite de l'incision de Boyer une encoche qui laisse passer les matières intestinales, un relâchement de la membrane muqueuse rectale. J'ai eu occasion de pratiquer le débridement de l'anus dans un cas analogue à celui signalé par M. Demarquay, et mon malade s'en est bien trouvé. Je rejette l'emploi du chloroforme dans ces opérations, à cause du peu de durée de l'opération et du relâchement du sphincter.

M. Larrey. La question qui a été récemment soumise au jugement de l'Académie se bornait au traitement simple de la fissure anale par un topique, et la discussion du rapport s'est étendue au traitement chirurgical par l'incision. De même aujourd'hui le rapport fait à la Société de chirurgie sur l'emploi de la dilatation forcée n'a pu restreindre la discussion à ce sujet exclusivement. Mais, s'il est difficile qu'il en soit autrement, ne pourrait-on accorder à chaque méthode les avantages qui lui appartiennent ? Si l'incision simplifiée semble prévaloir encore dans la pratique de la plupart des chirurgiens, si la dilatation forcée tend chaque jour à se généraliser davantage, il n'en est pas moins vrai que ces deux méthodes ne sont pas exemptes d'inconvénients. C'est pourquoi il serait plus rationnel peut-être de commencer au moins le traitement de toute fissure anale par des moyens simples susceptibles d'amener sa guérison, et de recourir, dans le cas d'insuccès seulement, soit à l'inci-

sion, soit à la dilatation. Or, à part l'influence du régime et des purgatifs, à part certains remèdes utiles, tels que le ratanhia, un topique efficace serait l'application des mèches enduites d'onguent de la mère. (Rapport sur le mémoire de M. Campaignac, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII.)

Quant à la dilatation forcée en elle-même, loin d'en contester l'efficacité, je dirai aussi que j'en ai fait plusieurs fois l'application avec succès dans des cas principalement où les malades redoutaient l'incision ; et, pour l'un d'eux qui refusait même de se soumettre à la dilatation forcée par le procédé ordinaire, j'ai fait faire un instrument dilatateur à trois branches susceptible d'un écartement graduel et pouvant servir en même temps de spéculum. (Je n'attache pas d'ailleurs d'importance à l'invention de cet instrument.)

Reste la question de l'anesthésie : je ne crois pas que l'emploi du chloroforme soit nécessaire pour pratiquer la dilatation forcée, à cause même de ses effets qui ne permettent pas de mesurer le degré de distension ou de déchirure du sphincter aussi sûrement que par la manifestation de la douleur, qui du reste se prolonge alors au delà de l'action anesthésique.

M. Maisonneuve. Je vois avec plaisir que la dilatation forcée dans les cas de fissure à l'anus est généralement acceptée par la Société de chirurgie. Je ne partage pas l'opinion de M. Demarquay sur l'opportunité dans certains cas de recourir à la ténotomie sous-muqueuse; dans les cas spécifiés par lui, la dilatation me paraît encore applicable. Je me demande si, dans les cas de dyssenterie, on ne pourrait point faire cesser le ténesme en employant la dilatation forcée. Il vaut mieux avoir recours au chloroforme pour pratiquer la dilatation; mais la douleur n'est pas tellement forte que l'on ne puisse pratiquer l'opération sans l'aide de cet agent.

— M. Huguier, à la fin de la séance, appelle l'attention de la Société sur une plaie par arme à feu de la voûte crânienne. La balle, après avoir déprimé la lamelle externe et produit plusieurs fractures étendues, a projeté dans l'intérieur du cerveau quelques esquilles dépendant de la lamelle interne. Voici l'observation communiquée par M. Huguier :

**Plaie de tête par arme à feu. — Léger enfoncement des os du crâne. — Déchirure de la dure-mère. — Plaie profonde du cerveau par projection de fragments de la lame interne.**

Observation recueillie par M. Moynier.

Le 5 décembre 1851 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Genan (Jean), âgé de quarante ans, garçon de magasin, demeurant place des Victoires, n° 6. Il est couché au n° 185, premier pavillon.

Les renseignements que l'on a recueillis sur ce malade, incapable d'en fournir aucun par lui-même, se bornent à ceux-ci :

Le 4 décembre, en montant son escalier, il s'arrêta au premier étage pour regarder par la fenêtre donnant sur la rue. Il était éclairé par une chandelle qu'il tenait à la main.

Un coup de feu, tiré à une distance de vingt-cinq pas, le frappa à la tête.

M. Boinet, qui le vit peu de temps après l'accident, rapporte que le malade put répondre à ses questions, et que des contractures des membres précédèrent la paralysie.

Le 6, au moment de la visite, le malade paraît avoir perdu presque complétement connaissance; il est plongé dans un coma profond; il ne prononce aucune parole et ne manifeste par aucun mouvement ni par aucun signe qu'il comprend ou qu'il entend nos questions; les yeux sont constamment fermés, la respiration est lente et profonde, mais non stertoreuse.

Le côté droit de la face, c'est-à-dire celui où se trouve la blessure, est privé de mouvement; une contraction spasmodique agite les lèvres; les membres du côté opposé sont atteints d'une paralysie complète; la sensibilité semble être partout abolie ou du moins le malade ne manifeste une sensation douloureuse que lorsqu'on examine la région postérieure de la plaie.

Celle-ci est située à la région latérale droite du crâne à un décimètre au-dessus du sourcil droit, à une distance égale de l'oreille droite; elle commence au niveau de la racine des cheveux, se dirige parallèlement à la suture bipariétale et se termine après un trajet d'un décimètre de longueur.

Les bords de la plaie sont renversés en dehors; un profil de la

plaie serait représenté par un cône à base répondant aux bords de la plaie et à sommet correspondant au fond.

Les bords de la plaie sont écartés de 3 centimètres à la partie moyenne de son trajet; ils le sont moins aux deux extrémités, ce qui fait ressembler la plaie à un sillon plus profond et plus large à sa partie moyenne; la peau est un peu ecchymosée, mais non frappée de sphacèle; les parties molles sont d'une teinte brune.

Au fond de la plaie, on aperçoit une fracture du pariétal, qui, outre un décollement du périoste dans une étendue de 0,005 au delà de la fracture, présente ceci de remarquable qu'une portion de l'os est enfoncée, tandis que l'autre fait saillie au-dessus de la première, de telle sorte qu'on pourrait croire qu'une portion de la table externe est enlevée.

Mais M. Huguier diagnostique une fracture du genre de celles qu'il a désignées sous le nom de fractures par pression latérale et dont le mécanisme est le suivant :

La balle frappant très obliquement sur le crâne décrit une tangente, qui rencontre une autre tangente formée par le crâne lui-même. A cause de la sphéricité de ces deux corps, la balle a produit un sillon par dépression ou par enfoncement et non par perte de substance; la saillie dont nous avons parlé est formée par une esquille adhérente par son extrémité antérieure et d'une longueur de 0,04; la portion d'os engagée sous l'esquille paraît légèrement déprimée, et des parties molles et des cheveux se trouvent pincés entre les deux bords de la fracture.

M. Huguier, quoique ne les voyant pas, diagnostique encore des fêlures rayonnant de la fracture.

Vingt sangsues sont appliquées derrière les oreilles. — Sinapismes.

Le 7, même état; coma profond; insensibilité complète, peau chaude, pouls très plein, très relevé; respiration stertoreuse. — Saignée.

Mort à onze heures.

*Aspect de la lésion vue par la face externe du crâne.*

*Autopsie faite le* 8 *décembre.* — A 6 centimètres de la suture bipariétale, en avant de la bosse du même nom, à 1 centimètre de la suture fronto-pariétale, se voit une portion d'os enfoncée, dont

la longueur antéro-postérieure est de 0,04 et la largeur 0,02; immédiatement au-dessous se trouve un autre fragment osseux de 0,01 de large, également déprimé, mais il est plus mobile.

De l'extrémité antérieure de cette solution de continuité par dépression partent trois fêlures :

1° Une fêlure fronto-pariétale qui vient mourir au-dessous de la bosse frontale du côté droit, à 2 centimètres et demi de l'angle orbitaire externe.

2° Une fêlure qui part de l'angle postérieur et inférieur de la dépression, qui descend obliquement en bas et en dehors en passant par le pariétal, la suture occipito-pariétale, la portion prorale de l'occipital, pour venir aboutir dans la fosse cérébelleuse inférieure droite.

De ce même angle postéro-inférieur part une autre fêlure qui descend verticalement dans l'étendue de 0,015 vers la suture écailleuse, puis se bifurque; une des branches de la bifurcation se dirige en avant, l'autre en arrière. Cette fêlure ne siége qu'à la table externe.

3° Une fêlure qui part de l'angle postérieur et supérieur pour se porter en dedans et en arrière, et venir aboutir à l'extrémité postérieure de la suture pariétale.

De cet angle part une autre fêlure n'occupant que la table externe de l'os, et se portant directement en haut vers le milieu de la suture bi-pariétale.

Entre ces deux dernières fêlures se trouve comprise une portion triangulaire qui, au moment de l'action du projectile, a été refoulée en arrière et en dedans, présente une fêlure transversale longue de 0,025; elle ne siége que sur la face externe de l'os; on n'en trouve aucune trace sur la face interne.

*Aspect de la lésion, vue par la face interne du crâne.*

On remarque, en procédant d'avant en arrière :

1° Deux pièces osseuses saillantes: l'une, qui appartient à la pièce déprimée faisant corps avec elle; l'autre, appartenant, au contraire, à la portion saillante sur la face externe du crâne, celle-ci, formée par la lame interne et séparée par une fracture qui passe dans l'épaisseur du diploé, de telle façon que la portion du

crâne qui fait saillie au-dessus de la face externe du crâne se trouve dédoublée, privée de sa lame interne.

Ces deux pièces osseuses, qui font ainsi saillie dans la boîte crânienne, ont une forme quadrilatère; elles offrent une surface de 0,015 dans tous les sens. Entre elles se voient des cheveux qui font saillie dans la cavité du crâne.

Une troisième esquille appartenant encore à la lame interne, légèrement saillante en dedans du crâne, existe en arrière de la deuxième.

Postérieure à ces trois portions d'os, existe une dépression irrégulièrement circulaire, dont le fond est formé par le diploé. Cette dépression est le résultat de l'absence des couches internes du pariétal, qui ont été trouvées enfoncées dans la substance cérébrale.

Il résulte de toute cette disposition que la plaie faite à la boîte crânienne a beaucoup plus d'étendue en dedans qu'en dehors; les bords de la solution de continuité étant taillés en biseau de dehors en dedans, c'est-à-dire aux dépens de la table interne.

*Dure-mère.* — Un épanchement séro-sanguinolent existe entre le crâne et cette membrane.

Elle offre une plaie déchiquetée, inégale, longue de 0,04, extrêmement étroite, dont les morceaux peuvent être rapprochés; l'extrémité antérieure de cette plaie offre un demi-centimètre de largeur et présente un lambeau de forme triangulaire; l'extrémité postérieure est terminée en pointe.

Les deux faces de la dure-mère sont le siége d'épanchement de sang dans une étendue d'un décimètre de diamètre.

L'épanchement est peu abondant à la face externe; mais la face interne est tapissée par des caillots, des couches fibrineuses assez adhérentes pour que six jours de macération ne les aient pas détachées.

L'épanchement correspond aux fosses temporale et sus-orbitaire du côté droit et s'étend en arrière jusqu'au lobe droit du cervelet, qui est injecté et très vasculaire.

*Esquilles.* — A la dure-mère adhère une esquille détachée du pariétal, longue de 0,02, triangulaire, dont la base a 0,005.

Deux autres esquilles ont été projetées dans la substance cérébrale, qui est dans le point correspondant à la fracture le siége

d'une plaie d'une longueur de 0,065, sur une largeur de 0,045 et de 0,035 de profondeur.

Un commencement de suppuration se manifeste dans le lobe postérieur du cerveau, à la partie postérieure de la plaie, dans l'étendue de 0,01 et de 0,015 à partir de la surface de la plaie.

La substance cérébrale est réduite à une sorte de bouillie pulpeuse semblable à de la lie de vin mêlée à des substances caséeuses.

Ainsi une balle qui n'a fait que toucher en passant la boîte osseuse, qui n'a agi sur elle que par pression latérale, a déterminé :

1° Un léger enfoncement longitudinal des os;

2° Cinq fêlures, dont deux allaient jusqu'à la base de la cavité crânienne;

3° Une fracture irrégulièrement ovalaire de la cavité interne : cette fracture de la lame interne est elle-même subdivisée en six fragments : trois sont restées entre les os et la dure-mère; trois, après avoir déchiré cette membrane, sont allés se loger dans l'épaisseur du cerveau;

4° Un épanchement de sang à la surface droite de l'encéphale;

5° Une plaie profonde et étendue au lobe droit du cerveau;

6° Des cheveux avaient été projetés jusque dans la cavité crânienne entre les deux principaux fragments de la lame externe au moment où ces fragments ont été opérés et déprimés par la balle.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 24 décembre* 1851.

### Présidence de M. Larrey.

#### Correspondance.

La Société a reçu de Mme Marjolin la mère une lettre qui informe la Société que, conformément à ses vœux, le buste du professeur Marjolin sera offert par elle et ses fils à la Société de chirurgie. M. Dantan est chargé de reproduire les traits de notre vénéré maître.

M. Larrey fait hommage à la Société de son rapport sur le tra-

vail du docteur Campaignac, ayant pour titre : *Du traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère.*

M. le Dr Mavel, d'Ambert (Puy-de Dôme), adresse à la Société une observation de rupture utérine pendant le travail de l'enfantement; passage de l'enfant dans la cavité péritonéale; accouchement par les voies naturelles; guérison. — M. Danyau est chargé de faire un rapport sur cette observation.

**Présentation de malade. — Tumeur volumineuse occupant la partie inférieure du bras droit.**

M. Marjolin présente un malade âgé de trente-un ans. Pendant un certain temps il a servi dans un magasin. La tumeur qu'il porte à la partie antérieure et inférieure du bras droit a commencé à se montrer il y a six mois. Elle avait d'abord le volume d'une noisette; successivement, elle est arrivée à acquérir un volume beaucoup plus fort que le poing; elle ne descend pas tout à fait jusqu'au pli du bras, et ne gêne nullement les mouvements. A aucune époque, cette tumeur n'a été le siége de douleurs bien vives; il y a bien eu de temps à autre quelques élancements, mais jamais le malade n'en a été bien incommodé. Ce sont les progrès incessants de la tumeur qui ont déterminé ce jeune homme à consulter. Il y a trois mois environ, lorsque la tumeur avait le volume d'un œuf, le malade vit notre confrère M. Manec, qui conseilla l'usage d'un emplâtre résolutif; malgré ce moyen, la maladie a continué à progresser, et aujourd'hui le volume est devenu tellement considérable, qu'il est indispensable de prendre une décision. La tumeur occupe les deux tiers inférieurs du bras; elle est fluctuante dans toute son étendue, mais à des degrés divers; on sent que le liquide est contenu dans un véritable kyste dont les parois ont cédé à la partie inférieure. En effet, on sent là trois petites éraillures correspondant à trois petites saillies. En déprimant ces saillies, le doigt pénètre un peu dans le kyste.

Comme rapports, la tumeur ne tient en rien aux vaisseaux; elle paraît située à la superficie du biceps brachial et avoir éraillé les fibres musculaires, de telle sorte qu'elle est en quelque façon tout aponévrotique.

Le malade n'éprouve aucun engourdissement, aucun fourmillement dans la main. On ne sent aucun mouvement de soulèvement

ou d'ampliation dans la tumeur; les battements du pouls sont réguliers; il n'y a pas de transparence.

Les antécédents du malade n'engagent pas à regarder cette tumeur comme tuberculeuse. L'âge éloigne également l'idée d'une affection cancéreuse.

La consistance éloigne aussi l'idée d'un lipome, reste donc l'idée ou d'un kyste renfermant des hydatides ou d'un abcès froid enkysté. Comme on ne perçoit aucunement le frôlement des hydatides, il ne reste plus comme admissible que l'existence d'un abcès froid enkysté simple ou renfermant des débris d'hydatides rompues depuis plus ou moins de temps.

Quelle méthode de traitement faut-il employer dans cette circonstance? Si le kyste était plus mobile et moins volumineux, la dissection complète de la tumeur semblerait être le moyen le plus convenable; mais aujourd'hui que la chirurgie possède des moyens tout aussi efficaces et exposant à moins d'accidents, ne serait-ce pas l'occasion d'employer la ponction, suivie d'une injection iodée? Si ce moyen ne réussissait pas, il serait toujours temps de fendre plus tard largement le kyste, et d'obtenir la cicatrisation de ses parois en facilitant par des pansements convenables le développement des boutons charnus.

**Fracture transversale du bord alvéolaire inférieur. — Nouveau procédé de contention.**

M. Robert présente à la Société un malade âgé de quarante-quatre ans, d'une forte constitution, qui, dans une rixe, ayant été renversé, reçut plusieurs coups sur la figure.

Il en résulta d'abord deux plaies contuses situées au-dessus du menton, longues d'environ 4 centimètres, à concavité supérieure, distancées l'une de l'autre de 3 centimètres, paraissant, à leur forme, produites par des coups de talon de botte.

A la lèvre inférieure existe une autre contusion, produite par la pression de cette lèvre contre les dents.

Le bord alvéolaire de la mâchoire inférieure est fracturé transversalement dans l'étendue de quatre travers de doigt environ. Le morceau ainsi détaché de l'os est lui-même divisé en deux fragments. Le plus volumineux, l'antérieur, supporte les quatre dents incisives et la canine gauche; l'autre, postérieur, supporte la pre-

mière petite molaire, qui manque depuis plusieurs années, et enfin la première grosse molaire. Ces deux fragments sont très mobiles, et ne paraissent tenir au corps de l'os que par l'intermédiaire des parties molles.

Ainsi il existait une fracture du bord alvéolaire répondant à huit dents, et les fragments en offraient une mobilité telle, qu'abandonnés à eux-mêmes ils eussent été infailliblement sacrifiés.

Par quel procédé pouvait-on espérer d'obtenir la guérison d'une semblable lésion?

M. Robert fait remarquer l'insuffisance des procédés indiqués dans les auteurs. Ainsi nos traités de chirurgie les plus modernes, en décrivant les fractures du maxillaire inférieur, ont à peine mentionné celle du bord alvéolaire. On voit seulement dans quelques livres consacrés à la chirurgie dentaire que de trop violents efforts produits pour enlever des dents barrées ont amené des lésions assez étendues du bord alvéolaire; mais il n'est donné aucun détail sur le traitement nécessité par ces lésions.

Cependant c'est là un point de chirurgie et de physiologie pathologique intéressant à étudier; car, outre la lésion traumatique du tissu osseux dont il faudrait apprécier les conséquences possibles et établir le traitement, il reste encore à connaître ce que deviennent les dents elles-mêmes. En effet, la fracture du bord alvéolaire entraînant la rupture des vaisseaux et des nerfs destinés aux dents que le fragment supporte, ces ostéides ne vivent plus alors que par leur connexion avec le périoste alvéolo-dentaire. Il est difficile de dire si dans ces conditions nouvelles elles ne finiront pas tôt ou tard par se séparer de l'os et tomber.

Le malade de M. Robert offrait donc ce double intérêt que nous signalons. Pour ce qui est du premier point, le traitement, disons de suite que l'habile chirurgien de Beaujon a su parfaitement vaincre les difficultés, comme nous allons l'exposer. Quant au deuxième point, on ne peut, quant à présent, déduire aucune conclusion; mais le malade sera suivi avec soin et aussi longtemps que possible, et M. Robert promet de tenir la Société au courant des observations qu'il pourra faire.

Abordons actuellement l'histoire du traitement :

Pour obtenir l'immobilité de semblables fragments, que convenait-il de faire? Quelques auteurs, entre autres, Gariot, dentiste

ont conseillé de fixer aux dents restées saines les dents adhérant au fragment osseux ; mais ce moyen est évidemment mauvais, insuffisant, et en peu de temps les dents qui servent de point d'attache deviennent mobiles.

Boyer conseille une gouttière de liége appliquée entre les dents supérieures et inférieures, et l'usage de la fronde, qu'il employa dans les fractures du corps de l'os.

Mais, pas plus que le précédent, ce moyen n'est applicable ; la fronde contient mal, et, en outre, il faudrait la maintenir tellement serrée, que le malade en éprouverait une gêne extrême.

M. Robert, reconnaissant donc l'insuffisance de tous les procédés indiqués, eut recours au mode suivant de traitement :

Une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord dentaire de l'os maxillaire, dépassant en avant et en arrière les fragments osseux ; puis, pour maintenir cette plaque en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée contre l'os, suivant sa face buccale, et entraînée au-dessous de la mâchoire et abandonnée au dehors ; l'autre bout du fil fut à son tour conduit par le même procédé sur la face externe de l'os et vint sortir par le même trou au-dessous de la mâchoire.

Les deux extrémités du fil ainsi amenées au dehors, embrassant l'os, furent fixées sur un petit rouleau de diachylum et serrées par torsion jusqu'à ce que la plaque se trouvât solidement fixée. (Saignée du bras.)

Tous les accidents produits par les plaies contuses se dissipèrent, et, chose remarquable, aucune trace d'inflammation ne survint sur le trajet du fil. Le malade, après quelques jours de soin, put manger ; il n'éprouvait aucune gêne.

Au 47e jour, on enleva le fil et la plaque ; la consolidation était parfaite ; toutes les dents étaient solidement fixées dans leurs alvéoles, à part la canine, qui, placée entre les deux fragments, est très mobile.

Ainsi, grâce à cet ingénieux procédé, on a pu obtenir la guérison régulière d'une lésion dont les suites devaient être graves ; car si l'on n'était parvenu à immobiliser les fragments, il est certain que le malade aurait perdu les huit dents ébranlées.

Du reste, ajoute M. Robert en terminant, déjà M. Baudens, dans

un cas de fracture de la mâchoire très oblique et difficile à contenir, a eu la pensée d'entourer et de serrer les fragments avec une ligature. Le succès qu'il a obtenu de ce moyen, joint à celui dont j'ai à me féliciter moi-même, est bien propre à rassurer sur les conséquences que l'on pourrait en craindre d'après les données de la théorie.

### Rapport.

M. Lebert rend compte de deux articles, publiés dernièrement dans deux journaux médicaux de Turin, sur la question de syphilisation. La plus importante des deux communications est celle d'une lettre du docteur Sprino au sujet de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie le 18 novembre dernier sur les graves inconvénients de cette nouvelle méthode.

M. Lebert demande avant tout la permission que le contenu de son analyse ne soit point imprimé dans le Bulletin des séances de la Société, à la dignité de laquelle il croirait manquer en entrant ainsi en discussion avec un journal étranger.

A la fin de son analyse, M. Lebert ne peut pas s'empêcher d'exprimer ses regrets que M. Sprino dans sa lettre n'ait pas suffisamment observé vis-à-vis de la Société et de plusieurs de ses membres l'atticisme et la convenance de langage dont l'argumentation scientifique ne devrait jamais se départir.

### Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature.

M. Rigal lit un intéressant mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles par un nouveau procédé de ligature, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Une commission, composée de MM. Guersant, Robert et Michon, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail.

### Anatomie pathologique.

M. Marjolin communique à la Société le fait suivant :

Le 15 décembre dernier, on apporta dans son service, à l'hôpital Sainte-Marguerite, une femme de cinquante-cinq ans, d'un embonpoint excessif. Cette femme, qui depuis quelque temps ne jouissait pas de toute sa raison, fut tellement frappée par les derniers événements qu'elle devint complétement folle; sans cesse en proie

aux idées les plus incohérentes, persuadée qu'elle était poursuivie comme ayant fait partie d'un complot, elle s'était donnée dans la matinée deux coups de couteau dans le ventre. Les deux coups avaient porté au-dessous de l'ombilic dans une énorme hernie de la ligne blanche : une des plaies avait plus de 5 centimètres d'étendue et laissait échapper une portion considérable d'intestin grêle et de mésentère; dans deux points, l'intestin était totalement divisé; l'autre plaie, beaucoup plus petite, n'intéressait que les téguments.

Lorsque M. Marjolin vit la malade, elle était sans pouls; les membres froids, le visage livide, tout annonçait qu'elle avait perdu une énorme quantité de sang. Malgré le peu d'espoir qui restait, l'intestin fut réuni au moyen de points de suture entrecoupée; pendant la réduction, il fut facile de constater que le sac herniaire était divisé par plusieurs brides. L'intestin ayant été réduit dans la cavité abdominale, la plaie extérieure fut réunie au moyen d'une suture enchevillée; l'agitation de la malade, le volume de l'anse intestinale herniée rendirent cette opération assez pénible. Durant toute la journée, la malade fut dans une agitation extrême; elle se réchauffa un peu, mais le pouls ne reparut point; il survint quelques vomissements; la mort arriva trente heures après l'accident.

A l'autopsie, la dissection démontra que cette hernie était bien une hernie par éraillement de la ligne blanche; elle avait, par des accroissements successifs faciles à suivre, le volume de la tête d'un enfant de dix ans; à l'intérieur, on voyait des cloisons résistantes qui divisaient le sac en plusieurs loges. L'orifice principal de communication était fort large; dans une moitié, l'intestin avait contracté d'anciennes adhérences, dans l'autre l'intestin était libre. Outre une grande partie de l'intestin grêle et du mésentère, la tumeur renfermait une portion du colon transverse. Un fait qui a une importance réelle pour la pratique, c'était l'existence de deux autres hernies graisseuses et intestinales situées au-dessous de la hernie principale: la quantité de graisse était telle chez cette femme que ces deux hernies auraient pu ne pas être reconnues à l'extérieur; dans ce cas, quel n'eût pas été l'embarras du chirurgien si des symptômes d'étranglement s'étaient manifestés? La suite de l'autopsie n'offrit rien de bien remarquable; il n'y avait que très peu de liquide épanché dans la cavité péritonéale; malgré la quantité

de sang perdu, il y avait un commencement de péritonite; au niveau des points de suture, l'intestin adhérait faiblement.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 31 *décembre* 1851.

### Présidence de M. LARREY.

#### Correspondance.

M. SÉDILLOT adresse un mémoire afin de devenir membre correspondant de la Société. Ce travail a pour titre : *Cancroïde datant de vingt-deux ans. Destruction de la totalité de la lèvre supérieure, de l'aile du nez, de la moitié de la cloison sous-nasale, du quart de l'aile droite du nez, d'une portion de la joue gauche et de toute la paroi antérieure de l'arcade dentaire supérieure. Chéiloplastie par mon procédé à double lambeau de la méthode indienne. Résection partielle du maxillaire supérieur. Guérison.*

Une commission, composée de MM. Michon, Larrey et Robert, est chargée d'examiner ce travail.

M. BEYRAN, docteur de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital impérial de Tershane, chirurgien en chef de Jede-Coulé, à Constantinople, adresse à la Société une observation de luxation du coude en arrière avec fracture de l'olécrane.

Ce travail est déposé dans les archives de la Société.

— M. BAYARD adresse un nouveau mémoire à la Société sur la cataracte. (M. Lenoir fera un rapport verbal.)

— Lecture et adoption du procès-verbal.

#### Hydatides des muscles.

A propos du procès-verbal, M. Demarquay fait observer que M. Marjolin a eu raison de discuter la question de savoir si la tumeur du bras dont est porteur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance, est une hydatide. Les tumeurs hydatiques développées au sein des muscles ne sont pas rares. Déjà il a recueilli avec détail une observation de tumeur hydatique développée dans le muscle psoas iliaque; observation que M. Chassaignac a bien voulu mentionner dans sa dernière thèse de concours. M. Blandin

lui a communiqué une observation d'hydatide développée dans le muscle biceps brachial, il serait heureux que ses collègues voulussent bien l'éclairer de leur expérience à cet égard (1).

M. Lenoir. J'ai eu déjà occasion d'observer plusieurs fois des masses hydatiques dans le tissu musculaire; une fois entre autres, dans la masse sacro-lombaire. Les ponctions exploratrices, dans ces cas, sont utiles; elles éclairent le diagnostic.

M. Michon a eu occasion d'observer deux fois des tumeurs hydatiques au sein des muscles. L'une d'elles était située dans la région du dos, sous le trapèze, et présentait un diagnostic douteux; l'autre, dans la région du cou.

M. Forget. La dernière tumeur dont parle M. Michon a été opérée par M. Jobert. J'assistais à l'opération; elle s'étendait profondément, et allait jusque sur les apophyses transverses cervicales.

M. Lenoir. Une ponction exploratrice eût évité, dans ce cas, une opération laborieuse, difficile, dangereuse même; car cette ponction eût démontré la nature de la tumeur, et une incision faite au centre de celle-ci eût produit une inflammation qui aurait amené l'oblitération de la poche hydatifère.

M. Boinet. La ponction exploratrice dans les cas de tumeurs hydatiques ne sont pas toujours à l'abri de l'erreur; il peut se faire que le trocart tombe dans une poche enflammée et qu'il amène du pus au dehors. C'est ce qui m'est arrivé récemment à l'hôpital sur le malade que j'ai opéré, service de M. Briquet, et sur lequel j'appellerai de nouveau l'attention de la Société.

M. Lebert. Il faut prendre en considération le fait de M. Boinet, mais ne pas l'établir cependant comme une règle. La purulence des kystes hydatiques est rare, et ne se rencontre guère qu'au foie. Tout récemment j'ai vu dans le service de M. Andral un malade affecté d'une tumeur dure, d'un diagnostic difficile, située dans la région splénique, et une ponction exploratrice en déterminer la nature.

M. Chassaignac. Dans certains cas, le chirurgien est éloigné de l'idée de faire la ponction, tant la tumeur est dure et résistante. C'est ainsi que chez le malade de M. Michon la tumeur située dans

(1) M. Demarquay s'occupe d'un travail sur les hydatides qui se développent au sein des muscles.

la région du dos était tellement dure, que je la pris pour une tumeur fibro-plastique.

### Du tannin en ophthalmologie.

*Rapport verbal sur le travail de M. Hairion, de Louvain, ayant pour titre :* **Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie.**

M. Demarquay, chargé de faire un rapport sur le mémoire dont le titre vient d'être indiqué, s'exprime dans les termes suivants :

Je regrette de ne pouvoir donner qu'une analyse succincte du travail fort intéressant de M. Hairion, de Louvain. Cet habile chirurgien ne se propose pas seulement d'étudier les effets du tannin dans les maladies oculaires, mais encore de déterminer ses effets généraux sur l'organisme; et, pour arriver à ce résultat, il a fait un certain nombre d'expériences sur les animaux et sur l'homme, desquelles il résulte pour notre savant confrère :

1° Que le tannin en solution concentrée, appliqué sur les tissus vivants sains, y exerce une action hyposthénisante qui se manifeste par la décoloration et par la diminution de sensibilité et de rénitence des tissus ;

2° Que son action mécanique est presque nulle ;

3° Que ses effets chimiques ne s'exercent que sur les produits de sécrétion libre, et peut-être aussi sur les couches superficielles, et partant les moins vivantes de l'épithélium; mais ils sont nuls sur les tissus doués de vie;

4° Que, pris à l'intérieur, à petites doses, il produit après un certain temps des effets hyposthénisants généraux;

5° Qu'à fortes doses, chez les animaux, il détermine ou bien un empoisonnement aigu immédiat, se caractérisant par des symptômes d'hyposthénisation générale; ou bien un empoisonnement chronique, se manifestant par la perte lente, progressive des forces, une constipation opiniâtre, etc., etc.

Il est facile de voir par l'exposé rapide de la partie physiologique du travail de M. Hairion combien ses idées sur les effets du tannin s'éloignent de celles que nous avons généralement en France.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Hairion passe rapidement en revue les diverses maladies dans lesquelles le tannin a été préconisé ; nous ne le suivrons pas sur ce terrain, quelque intéressant qu'il soit ; qu'il nous suffise de résumer en peu de mots les propriétés du tannin constatées en ophthalmologie suivant l'auteur du mémoire que nous analysons :

1° Le tannin, mis en contact avec une conjonctive enflammée, produit instantanément la coagulation des fluides albumineux dont elle se trouve lubréfiée.

2° En même temps, à l'instar des autres substances dites astringentes, mais à un degré moins avancé qu'aucune d'elles, il y occasionne un accroissement passager d'irritation.

3° Vient ensuite une amélioration dans les symptômes inflammatoires et dans l'état de sensibilité locale ; c'est là un effet consécutif indépendant de l'effet physique et qui provient de l'action dynamique hyposthénisante du remède.

Si je n'étais limité dans cette analyse, il me serait facile, je crois, de démontrer que les thérapeutistes français ne sont peut-être pas si éloignés de la vérité en considérant le tannin comme un astringent : mais passons. J'ai hâte d'arriver à la partie du mémoire de M. Hairion ayant pour titre : *Application de la médication tannique en ophthalmologie.*

Dans cette partie de son travail, après avoir rappelé les noms de ceux qui, avant lui, avaient eu recours au tannin en ophthalmologie, M. Hairion cherche à démontrer tous les avantages que le chirurgien peut retirer de cet agent :

1° Dans l'ophthalmie purulente ;

2° La kératite, dans laquelle son action est marquée incontestablement ;

3° L'ophthalmie compliquée de photophobie ;

4° Les granulations simples ou compliquées.

Le chirurgien de Louvain, à propos des granulations, a établi une division importante à signaler, car à chacune des classes la médication topique et générale peut être modifiée ; il divise les granulations :

1° En granulations vésiculeuses non vascularisées ;

2° En granulations vésiculeuses vascularisées ;

3° En granulations végétantes.

C'est dans le traitement de ces granulations, et surtout des deux lernières formes, que M. Hairion s'est bien trouvé du mucilage annique; toutefois ce serait donner une fausse idée du travail que ious analysons que de présenter le mucilage tannique comme une ıanacée oculaire; telle n'est pas la pensée de l'auteur; car souvent l a trouvé bon de donner au tannin pour auxiliaires locaux le sulàte de cuivre en crayon, le nitrate d'argent en solution concenrée. De plus, dans les diverses formes de maladies oculaires où il ıréconise le tannin, M. Hairion a secondé l'action de ce moyen ıon-seulement par ceux qu'il nous fait connaître, mais encore par usage de moyens généraux énergiques, tels que saignée, mercure l'intérieur, comme altérant le nitrate de potassse, l'émétique, etc. l faut encore signaler comme adjuvant une bonne hygiène.

La forme d'après laquelle le tannin est administré est la suiante :

| | | |
|---|---|---|
| Tannin pur. . . . . | 5 | grammes. |
| Eau distillée. . . . . | 20 | — |

Faire dissoudre dans un mortier et ajouter :

| | | |
|---|---|---|
| Gomme arabique. . . . | 10 | grammes. |

Ainsi préparé, le mucilage tannique est appliqué sur les parties ıalades plusieurs fois le jour avec un pinceau.

A l'appui des idées exprimées dans son mémoire, M. Hairion ıpporte vingt observations détaillées, qui sont toutes relatives aux ifférents cas spécifiés dans sa brochure. Vingt observations ne ɔnt pas suffisantes sans doute pour établir d'une manière définitive ı supériorité des préparations tanniques sur toutes celles qui ont té vantées; mais elles suffisent pour attirer l'attention du pratien et méritent d'être essayées. Il est une remarque que je dois faire ı terminant, c'est que le mucilage tannique ne constitue pas toute thérapeutique de M. Hairion. Il résulte de la lecture de son inressant mémoire que ce praticien a une connaissance parfaite des ɟents thérapeutiques locaux et généraux qu'il appelle à son aide, que, comme beaucoup de médecins belges, il a une connaissance ɔprofondie des idées de l'école italienne.

Tel est, messieurs, le résumé rapide du travail intéressant de ıphthalmologiste de Louvain. J'aurais pu mêler cette analyse de ıelques critiques, mais j'ai préféré vous faire connaître d'une

manière sommaire sa thérapeutique oculaire, vous laisser voir l'auteur lui même.

Je demande que son mémoire soit déposé honorablement dans nos archives et que des remercîments lui soient adressés.

M. Larrey se rappelle que M. Hairion, préconisant aujourd'hui les préparations de tannin dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse, a eu souvent recours à l'emploi du collodium en ophthalmologie pour obtenir l'occlusion des paupières, et il demande à M. le rapporteur si l'honorable médecin belge a parlé de ce moyen dans son nouveau travail.

M. Demarquay répond négativement.

M. Robert. Les chirurgiens belges se sont beaucoup occupés de l'ophthalmie granuleuse; ils ont publié un grand nombre de travaux sur ce sujet, et ils ont vanté plusieurs moyens de traitement. Il y a peu de temps, l'acétate de plomb neutre a été donné comme une panacée; je l'ai essayé sans succès : il produit souvent de petites ulcérations blanchâtres. Avant de juger d'une manière définitive, il faudrait bien connaître les observations publiées par M. Hairion, afin de savoir comment il applique le tannin, dans quel cas, etc. Suivant moi, jusqu'à ce jour, on n'a rien trouvé de supérieur au nitrate d'argent.

M. Demarquay. Dans mon rapport, je me suis efforcé de démontrer que M. Hairion ne regardait pas le mucilage tannique comme une panacée. Il associe le tannin à d'autres préparations; seulement il le préfère à d'autres collyres; il le préfère surtout aux préparations de plomb, qui laissent dans l'épaisseur de la conjonctive pendant un temps fort long une infiltration blanchâtre de plomb, qui a été prise par M. Robert, au début, pour une ulcération superficielle. J'ai été témoin de ces infiltrations, qui durent depuis plusieurs mois. M. Hairion assure que l'analyse chimique a démontré, après un temps fort long, la présence des préparations de plomb dans l'épaisseur de la conjonctive; il rejette aussi, et avec raison, le crayon de nitrate d'argent, qui amène souvent une destruction plus ou moins complète de la conjonctive. Il préfère la solution concentrée de nitrate d'argent au crayon lui-même.

Les observations rapportées par M. Hairion sont au nombre de 20; je ne puis que les indiquer :

Obs. I. — Ophthalmie catarrhale aiguë; sept jours de traitement.

Homme âgé de vingt-deux ans, soldat; tempérament lymphatico-sanguin.

Obs. II. — Ophthalmie catarrho-rhumatismale très aiguë; seize jours de traitement. Homme âgé de vingt et un ans; tempérament bilioso-sanguin. — Saignée de 12 onces; nitrate de potasse à dose élevée, 4 à 12 grammes; teinture de colchique; mucilage tannique.

Obs. III. — Ophthalmie catarrho-lymphatique de l'œil droit; neuf jours de traitement. Homme de vingt et un ans, lymphatique. — Purgatifs salins et mucilage tannique.

Obs. IV. — Ophthalmie scrofuleuse photophobique; vascularisation et ulcération de la cornée de l'œil droit; congestion des membranes internes; blépharodénite. Homme de vingt et un ans, lymphatico-sanguin. — 12 sangsues, pilules fondantes (calomel, ciguë et savon médicinal), purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. V. — Conjonctivite lymphatique avec épanchement plastique dans la cornée; neuf jours de traitement. Homme de dix-neuf ans, lymphatico-sanguin. — Mucilage tannique.

Obs. VI. — Ophthalmie purulente, granulations vésiculeuses; vingt-trois jours de traitement. Homme de trente-quatre ans, ayant été malade déjà deux fois. — Pilules de Plummer, purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. VII. — Granulations vésiculeuses avec engorgement et inflammation de la conjonctive; dix-huit jours de traitement. Homme de trente et un ans, tempérament sanguin; malade plusieurs fois. — Pilules Plummer, purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. VIII. — Granulations vésiculeuses occupant les conjonctives palpébrales supérieures et inférieures des deux côtés; douze jours de traitement. Homme de trente et un ans, tempérament sanguin. — Mucilage tannique.

Obs. IX. — Ophthalmie purulente aiguë coïncidant avec une gonorrhée; granulations vésiculeuses. Six semaines de traitement. — 20 sangsues, nitrate de potasse à haute dose, préparations tanniques.

Les observations qui précèdent sont toutes traitées dès le début; elles sont aiguës. Voyons maintenant les affections chroniques.

Obs. X. — Blennorrhée chronique; granulations végétantes; ulcères multiples de la cornée. Deux mois de traitement. Homme de vingt-six ans, malade depuis plusieurs années. Conjonctives cou-

vertes de granulations charnues, végétantes, rouges; sécrétion purulente abondante; cornées opaques, ulcérées; staphylome partiel de l'iris. — Décoction de feuilles de noyer, purgatifs salins, lotions humides, exercice gymnastique, mucilage tannique.

Obs. XI. — Pannus double; ulcération et opacité complète des cornées. Sept semaines de traitement. Homme de quarante-six ans. Cornées opaques, recouvertes d'un pannus vasculaire; ulcérations larges, superficielles; conjonctives rouges, veloutées; sécrétions purulentes. — Même traitement que précédemment. Guérison; mais les cornées restent en partie opaques.

Obs. XII. — Blennorrhée chronique; ulcères petits, superficiels, mais très nombreux des cornées; granulations végétantes. Sept semaines de traitement. Homme de trente-huit ans, tempérament lymphatique; constitution affaiblie, détériorée. — Toniques, mucilage tannique.

Obs. XIII. — Pannus vasculaire; doubles granulations végétantes. Seize jours de traitement. Homme de trente-sept ans. — Toniques, purgatifs salins, frictions stibiées, mucilage tannique.

Obs. XIV. — Blennorrhée chronique; vascularisation générale des cornées; granulations végétantes. Un mois de traitement. Homme de vingt-neuf ans. — Mucilage tannique.

Obs. XV. — Ophthalmie scrofulo-veineuse; pannus vasculaire; blennorrhée; excoriation de la surface externe des paupières inférieures. Un mois de traitement.

Je m'arrête là. L'analyse des cinq cas qui restent ne nous apprendrait rien de plus important; ce qui précède suffit pour faire ressortir les avantages de la méthode thérapeutique de M. Hairion, et pour démontrer, de plus, que le mucilage tannique n'agit pas seul, que d'autres agents viennent à son aide, et que son efficacité est surtout constatée par les observations qui précèdent : dans les affections de la conjonctive, avec vascularisation anormale de cette membrane, dans les ulcères de la cornée, etc.

M. Lenoir. J'ai employé, comme la plupart de mes collègues, les collyres pulvérulents, entre autres, ceux de plomb; jamais je ne m'en suis bien trouvé, et j'ai observé, comme M. Demarquay, une infiltration de la matière dans la conjonctive fongueuse : c'est là une circonstance désavantageuse. Quant à l'occlusion, je ne la blâme pas d'une manière absolue. J'ai vu à la Pitié, il y a plusieurs

années, un médecin partisan de cette méthode de traitement; j'ai pu constater que quelquefois il s'était produit sous l'occlusion une fonte de l'œil. Il faut donc distinguer les cas dans lesquels cette manière de faire peut être avantageuse.

M. Giraldès appuie l'opinion de M. Lenoir sur les inconvénients des sels de plomb. Chez une infirmière de Necker, sur laquelle il avait fait usage de cet agent, il constata que, sous son l'influence, des ulcérations de la cornée et des hémorrhagies par la conjonctive avaient eu lieu.

M. Chassaignac. Dans le cas de conjonctivite purulente, je m suis bien trouvé du crayon de sulfate de cuivre et du crayon de sulfate de zinc associé à la gomme. Quant à l'occlusion des paupières, je m'en suis bien trouvé à la suite des opérations de cataracte; cette occlusion me permet, en outre, de faire des applications réfrigérantes sur le globe de l'œil pour prévenir l'inflammation.

M. Larrey. J'ai eu l'occasion, en 1831 et en 1832, d'observer en Belgique l'ophthalmie militaire et ses suites: j'ai pu en reconnaître les caractères et la gravité; mais je dois dire aussi que les traitements les plus rationnels dirigés par les praticiens les plus habiles m'ont paru souvent sans succès.

La cautérisation est cependant la médication la plus efficace, et non-seulement elle est employée en Belgique comme méthode curative générale unie à d'autres moyens, mais souvent comme méthode préventive. C'est alors contre les granulations de la conjonctive que la cautérisation est dirigée, soit contre les granulations rudimentaires ou avant leur état de phlogose, soit contre les granulations secondaires ou après l'ophthalmie, pour en compléter la guérison ou en prévenir la récidive.

Je ferai remarquer, à ce propos, que l'ophthalmie purulente, si répandue, si désastreuse dans l'armée belge, semble puiser son origine locale dans un développement des granulations beaucoup plus prononcé qu'on ne l'observe dans l'armée française, à tel point qu'en 1841 M. Decaisne, chirurgien militaire distingué de la Belgique, vint au Val-de-Grâce examiner avec moi les yeux d'une centaine de malades pris au hasard, et trouva chez trois ou quatre tout au plus les granulations assez saillantes, tandis qu'il avait constaté maintes fois la proportion inverse en Belgique.

Quant à l'occlusion des paupières, à laquelle j'ai eu souvent recours depuis une douzaine d'années, soit à l'aide d'un bandage ou du coton cardé, soit avec des bandelettes adhésives ou avec le collodion, je crois que c'est un moyen trop négligé dans le traitement des maladies des yeux. Mais aussi ne faut-il pas l'employer indistinctement dans toutes les formes d'ophthalmie. Autant il serait nuisible dans la période aiguë des phlogoses oculaires, et spécialement des kératites ulcéreuses, autant il m'a paru avantageux dans beaucoup de cas d'ulcérations anciennes de la cornée, en préservant l'œil du mouvement des paupières et de l'action irritante de la lumière, du froid, ou du contact des corps extérieurs.

Voilà pourquoi, ajoute M. Larrey, revenant au point de départ de cette discussion, je regrette que M. Hairion n'ait pas fait connaître les résultats définitifs de ses propres recherches sur l'occlusion palpébrale comparativement aux autres méthodes curatives, et en dernier lieu à l'emploi des préparations de tannin dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse.

M. Chassaignac. J'ai eu occasion d'avoir recours aux irrigations dans les ophthalmies granuleuses, mais sans résultats satisfaisants. Je préfère de beaucoup la cautérisation.

M. Guersant. J'ai eu souvent recours aux irrigations dans les ophthalmies aiguës, et je m'en suis bien trouvé; mais lorsque ces maladies sont passées à l'état chronique, ces irrigations étaient insuffisantes. Quant à l'occlusion des paupières, elle m'a réussi, surtout dans les ulcérations douloureuses de la cornée avec blépharospasme.

M. Michon. Les granulations ne sont qu'un phénomène secondaire; elles succèdent à l'ophthalmie puro-muqueuse. De plus, elles se lient souvent à un état scrofuleux; il faut avant tout modifier la constitution. Il est des malades chez lesquels on triomphe assez vite de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, chez lesquels la résistance est très opiniâtre, malgré toute espèce de traitements employés. J'ai eu occasion d'avoir recours au mode de traitement préconisé par M. Hairion, et nos résultats ne sont pas aussi avantageux que les siens. Toutefois, l'occlusion des paupières ne peut être utile que dans les granulations passées à l'état chronique. Dans ces cas, en effet, elle prévient le frottement douloureux des granulations sur le globe de l'œil. Dans le cas de blépharo-

spasme, si on pratique l'occlusion, il faut la porter sur les deux yeux, sans quoi l'action de la lumière sur l'œil sain détermine des mouvements dans l'œil malade. Toutefois il ne faut, suivant moi, avoir recours à l'occlusion que lorsque la maladie est dans une période décroissante, autrement on exposera le malade à des accidents, car on se prive de l'examen journalier et répété de l'œil malade.

M. Giraldès. Les granulations sont aussi communes en France; cela doit être, car cette maladie est déterminée par les papilles hypertrophiées et entretenues dans cet état par un état général. Souvent elles existent sans que le malade en ait conscience; une sensation de barre sur l'œil est le seul signe de leur présence. Bien des causes peuvent les faire naître. La poussière fine des bibliothèques peut amener le développement de ces granulations.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du 7 janvier* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

M. Debout rend compte du banquet offert à M. Ricord. Le bureau de la Société de chirurgie, convié trop tard à ce banquet, a vivement regretté de n'avoir pu s'y rendre. Parmi les toasts portés dans cette réunion de médecins et d'élèves, il en est un qu'il faut rappeler, c'est celui que le président du banquet, le docteur Costello, a porté à la Société de chirurgie.

### Morts subites après l'accouchement.

M. Robert. Je désirerais adresser une question à M. Danyau, afin d'avoir une explication de quelques faits extraordinaires et malheureux qui se sont passés dans ma clientèle, je veux parler de la mort subite après l'accouchement. Déjà, à trois reprises, j'ai été impressionné par ce fatal événement, et je serais heureux d'avoir des renseignements à cet égard.

Une jeune dame âgée de vingt-cinq ans, habitant ma maison, et déjà deux fois mère, fut conduite à Versailles, à cause des événements du mois dernier, pour y faire ses couches; elle était heureusement accouchée depuis neuf jours, sa santé était satisfaisante, lorsque tout à coup, étant assise sur son lit et disposée à prendre un repas, elle meurt subitement.

Déjà, ajoute M. Robert, j'avais vu deux faits semblables; une jeune femme primipare meurt au seizième jour dans son lit pendant qu'elle s'occupe de sa toilette; une autre dame au dixième jour, au moment où elle allait déjeuner, perd connaissance et meurt. Dans ces circonstances, ajoute M. Robert, la mort me paraît inexplicable, l'autopsie n'a point été faite, je serais heureux que M. Danyau voulût bien me donner les renseignements que sa grande pratique peut lui avoir donnés.

M. Danyau. Les faits du genre de ceux que M. Robert vient de communiquer à la Société ne sont pas excessivement rares. Il s'en est présenté un, il y a peu d'années, dans la clientèle de M. le professeur Moreau, un aussi dans celle de M. le professeur P. Dubois, et un autre, dont les détails me sont moins connus, dans celle de notre regrettable confrère M. Baudelocque. J'en ai moi-même observé un dans ma propre clientèle et un second à la Maternité. Je dirai quelques mots de ces deux derniers.

Le premier cas est celui d'une dame que j'avais déjà accouchée deux ans auparavant, et qui s'était, cette fois, très-bien rétablie, quoique l'accouchement eût été long, douloureux, et l'application du forceps nécessaire. La seconde grossesse n'offrit rien de remarquable; l'accouchement fut prompt et facile, et les suites, jusqu'au vingtième jour, furent absolument exemptes d'accident. Ce jour-là, je l'avais vue vers dix heures et demie du matin. Elle était aussi bien que de coutume, mais inquiète de l'état de sa belle-mère, dont la vie était mise en danger par une pneumonie, et un peu tourmentée d'un écartement prononcé de la ligne blanche, et de la crainte de conserver une saillie assez prononcée du ventre qui en était la conséquence. Sur ce dernier point je la calmai facilement, et de meilleures nouvelles lui ayant été transmises en cet instant, je la quittai vers onze heures dans l'état le plus satisfaisant. Un peu avant midi elle se fit habiller par sa garde, descendit de son lit, et à l'aide d'un bras passa dans une pièce voisine pour déjeuner. C'est

là qu'elle avait reçu son beau-père, avec lequel elle avait causé quelques instants et qui venait de la quitter, lorsque, tout à coup, elle dit qu'elle se trouvait mal, qu'elle étouffait, qu'elle allait mourir, qu'il fallait aller chercher des médecins. On la transporta en toute hâte sur son lit. Elle était morte.

L'autopsie fut faite. Il n'y avait point d'air dans les vaisseaux, ni dans le cœur. Cet organe, un peu chargé de graisse, était parfaitement sain : parois, cavités, orifices, tout était à l'état normal. Il en était de même de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le péricarde était, dans quelques points, un peu plus vasculaire que de coutume, mais sain d'ailleurs; il renfermait deux à trois cuillerées de liquide limpide.

La malheureuse femme dont je viens de raconter l'histoire était une personne très impressionnable; quelques jours avant sa mort, elle avait eu une menace de syncope à la vue d'une chute dans laquelle sa fille, âgée de deux ans, avait failli se frapper la tête contre un meuble. Elle était très grasse pour une personne très jeune, montait difficilement et ne faisait pas une longue course sans éprouver un peu de dyspnée. J'ai noté que le cœur était chargé de graisse, et sous ce rapport, ce cas pourrait-être rapproché de ceux consignés dans un mémoire d'Oldham sur la mort subite produite par la surchage graisseuse et l'état gras du cœur. Parmi les faits très nombreux cités par Oldham, deux se rapportent à des femmes mortes subitement en couches. Mais il s'en faut bien que cette cause puisse être invoquée pour tous les cas de mort subite observés dans l'état puerpéral, et rien de semblable ne fut constaté chez une femme qui, au mois de mars dernier, mourut subitement, à la Maternité, trente jours après son accouchement. Cette femme, dont la grossesse avait été bonne sous tous les rapports, qui était accouchée heureusement et facilement, était guérie d'accidents puerpéraux qui avaient nécessité son entrée à l'infirmerie, et devait bientôt quitter la maison. Le 16 mars, elle venait de remonter dans son lit; elle était sur son séant, lorsque tout à coup, elle tomba morte sur son oreiller. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin par notre interne M. Mailly, et, comme dans le premier cas que j'ai rapporté, on trouva tous les organes, le cœur et les gros vaisseaux en particulier, parfaitement sains. Il n'y avait point d'air dans les cavités du cœur.

Je n'aurais à répéter, pour les faits de MM. Moreau et Dubois, s'il m'était permis d'en donner ici le détail, que ce que je viens de dire sur ceux qui me sont propres; même instantanéité de la mort, mêmes résultats absolument négatifs à l'autopsie. Je crois que ceux recueillis par d'autres observateurs n'éclairent pas davantage la question. Ces morts subites, certainement liées à l'état puerpéral, ne semblent pouvoir être attribuées qu'à une syncope. Mais la cause de cette syncope, quelle est-elle? C'est ce qu'on ignore absolument. Aussi est-il, quant à présent, impossible de prévoir et de prévenir de semblables catastrophes. Au reste, les faits que M. Robert a fait connaître et ceux que je viens de communiquer à la Société doivent être distingués de ceux, imputables peut-être à l'introduction de l'air dans les veines utérines, où la mort a eu lieu immédiatement après l'accouchement. Nous n'avons voulu parler l'un et l'autre que de ces morts foudroyantes qui arrivent à une époque plus ou moins avancée des couches, et lorsque l'état parfaitement satisfaisant des femmes éloignait jusqu'à l'idée même d'un danger quelconque.

M. Robert ajoute que dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de l'état du sang chez les femmes enceintes; ne pourrait-on pas trouver dans un état chloro-anémique du sang une prédisposition à cette syncope finale? Dans les faits qu'il a cités, il croit se rappeler que les femmes étaient dans un état chlorotique apparent.

M. Danyau. Je ne sais jusqu'à quel point les modifications dans la composition du sang qui ont lieu pendant la grossesse, et qui produisent chez quelques femmes enceintes un état analogue à la chlorose, pourraient fournir l'explication des morts subites dans l'état puerpéral. Je puis assurer seulement qu'il n'y avait chez mes malades aucun caractère marqué de chlorose. Les syncopes ou les demi-syncopes ne sont pas rares pendant la grossesse. On les observe surtout vers le milieu, lors des premiers mouvements de l'enfant, et elles augmentent alors quand elles ont existé plus tôt. J'en ai vu beaucoup d'exemples, et dans un cas en particulier, où elles eurent lieu plus ou moins souvent dès le commencement, elles devinrent vers quatre mois et demi si fréquentes et si longues pendant quelque temps que la jeune femme chez laquelle elles se produisaient fut obligée de garder le lit pendant quelques semaines.

Mais ces accidents sont purement incommodes et nullement dangereux, et je n'ai jamais vu rien de particulier survenir après l'accouchement aux femmes qui en avaient été plus ou moins tourmentées pendant la grossesse. Elles diffèrent donc absolument de ces syncopes terribles qui produisent subitement la mort des femmes récemment accouchées.

M. Boinet se demande si le fait d'être couché longtemps, ce qui, même chez les personnes en bonne santé, détermine des étourdissements, ne pourrait pas, chez des malades qui auraient perdu beaucoup de sang, jouer un rôle dans la production de la syncope mortelle.

**Cas de nécrose étendue des os du crâne avec élimination de larges portions de ces os.**

M. Larrey communique sous ce titre l'observation dont il avait précédemment donné un aperçu sommaire (*Gazette des Hôpitaux*, 4 octobre 1851), et qui a été publiée depuis par M. J. Drummond, député-inspecteur des hôpitaux de la marine anglaise, à l'hôpital Melville, de Chatham. (*Médico-chirurgical Transactions*, vol. XXXIV.)

Voici la traduction de cette observation remarquable :

« Le sujet de la relation suivante montre toute l'étendue d'une maladie affectant les os du crâne (sans avoir en aucune façon porté préjudice à la santé générale ou aux fonctions cérébrales du malade). Peut-être ce cas n'a-t-il pas d'analogue et mérite-t-il d'être rapporté.

» Thomas Blackman, en 1845, était un matelot servant à bord du navire le *Mutine*, à Sierra-Leone, lorsqu'en tombant à terre, sur le bord d'une marche en pierre, il se fit une plaie contuse au cuir chevelu sur le côté gauche de l'os occipital. L'os ne parut pas avoir été lésé à cette époque.

» En octobre 1845, nous trouvâmes le blessé à l'hôpital naval de Plymouth, lorsque l'os était pour la première fois dénudé de son péricrâne dans une étendue considérable. Peu de temps après, il fut à souffrir l'atteinte d'une inflammation érysipélateuse, qui envahit la surface de la tête et de la face, et laissant à sa suite de nombreux dépôts purulents sous différentes parties du cuir chevelu. Le progrès de la nécrose devint plus évident, et dans divers

points de la matière purulente fut observée suintant au-dessous des os malades; et, lorsqu'ils se trouvèrent séparés l'un de l'autre aux sutures coronale et temporale, les pulsations du cerveau furent distinctement visibles.

» En juillet 1846, le malade fut évacué sur l'hôpital Melville à Chatham.

» Il est à peine nécessaire d'exposer les progrès de la maladie durant une période de six années; si ce n'est pour remarquer au delà que la surface de la tête eut à souffrir des atteintes répétées d'érysipèles souvent accompagnés de beaucoup d'excitation fébrile. La santé générale, cependant, ne parut à aucune époque très altérée ; mais, comme prophylaxie contre les effets d'une irritation longtemps prolongée et d'une abondante suppuration, on crut à propos de prescrire au malade un régime analeptique en lui donnant avec mesure du vin ou de la bière.

» On fit l'observation, pendant les progrès soit de la carie, soit de la nécrose (car elles existaient ensemble), que la maladie attaquait en quelques points les deux tables de l'os simultanément; tandis que, dans d'autres, la table externe seulement se trouvait intéressée. Dans le premier cas, les os étaient séparés de la dure-mère dans de larges portions, lorsque, d'autre part, où la table externe étant seule atteinte, son élimination se faisait plus lentement, en plus petites portions, et parvenait plus distinctement à la terminaison de la carie.

» La maladie continue toujours à éliminer des portions du crâne, et on peut observer ici que, dans aucun point, il n'y a l'apparence du moindre travail de reproduction osseuse.

» En considérant l'aspect général de la tête, on observe que les téguments ont perdu leur position naturelle pour former certaines masses irrégulières, et que la nature a préservé la membrane fibreuse dénudée (par le dépôt de la lymphe et par la cicatrisation), à l'aide d'un tégument délicat et très vasculaire, à travers lequel les pulsations du cerveau sont distinctement reconnaissables. Un minutieux examen de la tête démontre que les portions suivantes du tissu osseux sont éliminées. Du côté droit, le frontal, le pariétal et la portion squameuse du temporal manquent dans une étendue de cinq pouces carrés; la totalité de l'occipital, jusqu'à un court espace auprès du grand trou, n'existe plus, sauf une portion

lu centre, de deux pouces carrés environ, qui est détachée, mobile, ıt en voie d'élimination. Une large portion du côté gauche du rontal, le pariétal et le temporal restent à présent fermes, mais lans un état morbide, comme cela est évident d'après de nombreu- es ouvertures, déchargeant du pus d'une odeur fétide, et à travers esquelles on peut reconnaître l'état de carie des os. Une portion de a face postérieure de chaque pariétal existe, comme une voûte nince, sur le vertex.

» Il est à peine admissible que ce malade puisse être assez heu- eux pour résister aux effets de la destruction complète de la tota- ité des os du crâne, qui, s'il vit, aura lieu tôt ou tard. Quant à ırésent, il est dans un état de santé robuste, éprouvant à peine un ıeu d'incommodité de l'étendue de la maladie. Il continue d'être raité dans cet hôpital.

» Deux modèles de ce cas, façonnés en cire avec un grand soin, ınt été déposés, l'un à l'hôpital Haslar, l'autre au fort Pitt, à Chat- ıam, et ils sont dignes de l'attention des hommes de l'art qui visi- ent ces établissements.

M. Larrey rappelle, en terminant, qu'il a vu le malade lui-même ı Chatham.

M. Lenoir, à l'occasion de l'observation présentée par M. Lar- ey, rapporte avoir rencontré déjà trois cas analogues de nécrose ıu d'ablation traumatique de portions plus ou moins étendues des ıs qui constituent la voûte du crâne.

Un premier fait est relatif à un homme de cinquante à soixante ıns, qui, étant tombé dans le feu à l'âge de trois ans, porte depuis ette époque, et sans aucun inconvénient pour sa santé générale, ıne large perte de substance à la région pariétale droite du crâne. Ce fut seulement l'an dernier, c'est-à-dire à l'âge de soixante ans, ıue la cicatrice qui était formée par la dure-mère se couvrit de tu- neurs cancroïdes qui résistèrent à tous les moyens de traitement.

Le second fait est relatif à une femme de trente ans environ, ıui, dans une tentative de suicide par le charbon, eut aussi une ırûlure d'une certaine étendue de la partie postérieure du crâne, à aquelle elle succomba au bout de cinq mois, c'est-à-dire à une ıpoque où déjà les portions d'os nécrosées se détachaient spontané- nent du reste du crâne. Je possède encore cette pièce, dans laquelle ın trouve la partie la plus considérable de l'occipital et la partie

postérieure des deux pariétaux détachées du reste de ces os et perforées d'ouvertures par lesquelles sortait le pus accumulé entre les pièces d'os nécrosées et la surface de la dure-mère; il ne me paraît pas douteux que, si la malade avait pu survivre à cet accident, il ne se fût formé chez elle une élimination spontanée de tous les os frappés de brûlure, et consécutivement une cicatrice dont le fond répondrait à la dure-mère. Du reste, je me propose de montrer cette pièce anatomique à la Société dans une de ses prochaines séances.

Le troisième fait a pour sujet un jeune homme qui, pendant l'une des trois journées révolutionnaires de juillet 1830, reçut un coup de sabre sur la tête qui lui enleva une grande portion du pariétal gauche. A l'époque où il fut apporté à l'hôpital Beaujon, il avait été déjà pansé par un chirurgien militaire, qui avait cru devoir séparer la portion d'os enlevée par le coup de sabre d'avec le cuir chevelu, et qui avait recouvert la dure-mère mise à nu avec ce lambeau de cuir chevelu. Ce jeune homme guérit parfaitement de cette blessure, et depuis il porte une calotte de cuir bouilli qui protége la cicatrice et la perte de substance des os, au fond de laquelle on perçoit les soulèvements de la masse cérébrale isochrones aux battements du cœur.

M. Cullerier rappelle que son père a publié dans l'*Annuaire des Hôpitaux* une observation de nécrose syphilitique qui avait détruit toute l'étendue d'un des pariétaux; le malade vécut longues années avec cette perte de substance osseuse sans en éprouver jamais aucun accident.

M. Larrey apprécie tout l'intérêt des observations citées par MM. Lenoir et Cullerier comme pouvant se rapprocher du fait de M. Drummond, et il rappelle aussi que la chirurgie militaire a signalé des exemples d'ablation partielle ou étendue de la voûte du crâne, soit par des coups de sabre (le damas des Turcs, le yatagan des Arabes), soit même par des coups de feu, sans que la suite de ces grandes blessures ait toujours été mortelle; tandis que, dans le cas dont il vient de donner connaissance à la Société, la lésion traumatique, simple primitivement, fut suivie d'une série d'érysipèles d'une suppuration persistante et d'une nécrose dont l'élimination a duré déjà six années, sans que la santé du malade en ait jamais été sensiblement altérée.

C'est là certainement, ajoute M. Larrey, ce qui assigne au fait ublié par M. Drummond tout l'intérêt d'un cas rare, sinon unique lans son genre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 14 *janvier* 1852.

### Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

#### Présentation de malades.

M. GUERSANT appelle l'attention de la Société sur un enfant de nze ans ayant fait une chute sur la main gauche il y a six semai-es, fracture du radius non traitée et consolidée d'une manière ifforme.

M. Guersant présente cet enfant afin qu'on constate l'état dans equel il est ; il se propose de tenter de redresser ce cal vicieux, et endra compte de ce qu'il obtiendra plus tard, quel que soit le ésultat.

— M. CHASSAIGNAC présente deux malades et donne les détails ivants :

#### Tumeurs fibro-plastiques.

Un homme âgé de trente ans, conducteur d'omnibus, entré à int-Antoine pour la première fois le 13 septembre 1849 pour ne tumeur du volume d'une grosse orange au-dessous de la clavi-le gauche. Ablation pratiquée le 16 septembre 1849. On trouve ne tumeur enkystée constituée par de la matière fibro-plastique à tat amorphe ou du moins à l'état incomplétement solide. Analyse r M. Lebert. La guérison a lieu sans aucun accident.

Quatorze mois après, c'est-à-dire le 12 décembre, le malade ntre à l'hôpital pour une nouvelle tumeur ayant exactement le me siége que la première, mais moins volumineuse. Nouvelle ération. L'examen fait par M. Lebert démontre, comme la pre-ère fois, l'élément fibro-plastique.

Le 9 juillet 1851, nouvelle apparition d'une tumeur absolument

semblable aux deux premières pour l'aspect, pour le siége et, comme l'analyse de M. Lebert l'a prouvé, pour la composition intime. Troisième ablation. Guérison comme les deux premières fois, c'est-à-dire temporaire.

Enfin, en janvier 1852, le malade revient de nouveau nous trouver portant exactement dans le même siége une nouvelle tumeur. Il s'agit donc de l'opérer pour la quatrième fois et d'enlever chez lui une quatrième tumeur probablement identique aux précédentes et que je montrerai à la Société.

Il est à remarquer que la première récidive a eu lieu au bout de quatorze mois, les deux autres au bout de six mois chacune. Et depuis plus de deux ans que dure ce singulier travail aucune altération appréciable n'est survenue ni dans la constitution du malade, ni dans les aboutissants lymphatiques de la région atteinte.

### Tumeur de l'orbite.

Le second sujet est une femme âgée de vingt-six ans portant depuis six années une tumeur qui s'est développée dans l'orbite droit et a déterminé une exophthalmie tellement complète que le muscle orbiculaire se contractait en arrière du globe, augmentant ainsi l'exorbitisme. Cette femme a été opérée à l'hôpital Saint-Antoine le 28 octobre 1851. La tumeur, qui présentait l'aspect sarcomateux et l'état solide, a été examinée par M. Lebert, qui n'y a pas trouvé la matière encéphaloïde. L'extirpation de cette tumeur, qui était assez volumineuse et s'étendait jusqu'au fond de l'orbite, a été complète. Aujourd'hui la malade est en parfaite guérison ; mais elle conserve un strabisme en dehors et une difficulté d'action de l'élévation de la paupière, accidents qui indiquent une paralysie de la troisième paire.

### Correspondance.

M. le professeur Cloquet adresse à la Société de chirurgie un travail imprimé ayant pour titre : *Plan et méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de la pathologie externe*, et demande le titre de membre honoraire.

M. le professeur Cloquet est nommé par acclamation membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. Sédillot, par l'entremise de M. Larrey, fait hommage à

a Société d'une brochure intitulée : *Des règles de l'application du hloroforme aux opérations chirurgicales.*

En voici l'indication sommaire :

M. Sédillot a réuni dans ce travail une partie de ses publications ntérieures sur le même sujet, et il s'est efforcé de démontrer que es graves accidents et les cas de mort attribués à l'usage de cet gent d'anesthésie étaient presque toujours le résultat de fautes raves dans le mode de la chloroformisation. M. Sédillot a tracé les ègles de la meilleure méthode à suivre, et il a maintenu, développé l'assertion prise par lui pour épigraphe, à savoir : que le hloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Le nouveau travail de M. Sédillot est renvoyé à la commission ui doit faire un rapport sur ses communications précédentes.

—La Société a reçu le numéro de janvier du Journal de M. Lu-as Championnière.

**Rapport sur les travaux présentés par M. Fleury, chirurgien de la marine, pour obtenir le titre de membre correspondant.**

*Calcul salivaire. — Corps étranger de la main. — Désarticulation scapulo-humérale.*

M. Maisonneuve. Dans la séance du 8 mars 1850, M. Fleury, hirurgien de la marine, vous a présenté trois observations à l'ap-ui de sa candidature au titre de membre correspondant.

La première de ces observations a trait à un calcul salivaire, ont l'histoire présente plusieurs particularités remarquables. Ce alcul existait chez une négresse âgée de vingt-quatre ans. Il avait ne forme ovoïde, son volume égalait celui d'une grosse olive; il tait situé profondément dans la partie la plus reculée du sillon naxillo-lingual droit, au delà de la dernière dent molaire. Une ou-erture fistuleuse, placée au fond de ce sillon, permettait de péné-er jusqu'au corps étranger à l'aide d'un stylet ordinaire. M. Fleury n opéra l'extraction à l'aide d'une incision pratiquée sur le calcul ui-même, et la malade se trouva immédiatement débarrassée des ouleurs qu'elle éprouvait dans la déglutition et la phonation.

M. Fleury se demande quel était le siége de ce calcul. Etait-ce le anal de Warthon? les glandules sous-muqueuses du sillon naxillo-lingual ou bien un kyste creusé dans la glande sous-maxil-

laire elle-même? L'auteur se prononce pour la dernière hypothèse, en se fondant sur l'épaisseur des tissus qui séparaient le calcul de la muqueuse buccale, sur l'état d'induration de la glande sous-maxillaire et sur la position reculée du calcul dans le sillon maxillo-lingual. Nous ne pouvions accepter sans réserve cette opinion, faute de preuves suffisantes pour l'établir d'une manière irréfragable.

La deuxième observation est relative à un corps étranger qui a séjourné huit mois dans l'épaisseur de la main. C'était un morceau de verre de bouteille qui avait pénétré par la région dorsale dans le troisième espace métacarpien. La plaie s'était cicatrisée, mais le malade ressentait une assez vive douleur toutes les fois qu'il saisissait un peu fortement un corps dur et arrondi, comme le manche d'une pelle. L'extraction de ce corps étranger fit cesser les accidents.

La troisième observation présente plus d'intérêt. Elle a trait à une désarticulation scapulo-humérale pratiquée avec succès et par un procédé que l'auteur croit nouveau, mais qui ne diffère que bien légèrement du procédé de Larrey, modifié par notre collègue M. Robert. Ce procédé consiste :

1° Dans une incision longitudinale qui, partant de l'espace acromio-longitudinal, descend vers la pointe du deltoïde en pénétrant jusqu'à l'os, et en mettant à nu l'articulation;

2° Dans une incision circulaire conduite autour du bras au niveau de l'extrémité inférieure de la première incision, et qui ne comprend que la peau et le tissu cellulaire;

3° Dans une troisième incision dirigée de bas en haut, le long du bord postérieur du creux de l'aisselle, et comprenant toute l'épaisseur du muscle deltoïde. On a ainsi un large lambeau supérieur et externe à pointe supérieure. Celui-ci, relevé par un aide, laisse voir à nu une grande partie de l'articulation, dans laquelle il devient alors facile de pénétrer à plein tranchant en coupant les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit-rond et præ-scapulaire. Enfin, pour achever l'opération, le couteau, qui a pénétré dans l'article, contourne la tête de l'humérus, glisse le long du col et divise les parties molles de la face interne, où les gros vaisseaux peuvent être facilement comprimés par la main d'un aide avant l'entière division du lambeau.

Ce procédé, que j'ai répété sur le cadavre, est d'une exécution

facile. Il a, comme celui de Larrey, l'avantage de réserver pour le dernier temps la section de l'artère. Il emprunte à celui de M. Robert les avantages de l'incision coraco-deltoïdienne, et à celui de M. Langenbech la taille du lambeau par incision de dehors en dedans.

C'est de tout point un procédé avantageux et digne d'être conservé dans la science.

L'auteur de cette communication est un ancien interne des hôpitaux de Paris; il est actuellement chirurgien de la marine. Il a plusieurs fois rempli, et il est appelé à remplir encore les fonctions de chirurgien en chef de grands hôpitaux dans nos colonies; il est animé d'un ardent amour de la science. Votre commission a pensé qu'il était digne d'obtenir le titre de membre correspondant, et vous propose:

1° De lui conférer ce titre;

2° De publier ce travail dans vos comptes-rendus.

M. Fleury est nommé membre correspondant.

**Discussion.**

M. Robert. Suivant l'auteur du travail analysé par M. Maisonneuve, le calcul salivaire aurait été placé dans le parenchyme de la glande sous-maxillaire, et non pas dans le canal de Warton. Ce fait aurait besoin d'être démontré; car aucun chirurgien n'a encore fait connaître une observation de ce genre; et M. Duparc, qui a publié, il y a quelques années, un mémoire sur ce sujet, ne mentionne aucun cas où le calcul ait été trouvé dans le parenchyme glandulaire.

M. Maisonneuve. M. Fleury, pas plus que moi, n'a voulu dire que le calcul fût développé au centre de la glande elle-même, mais bien dans cette partie du canal de Warton située dans l'épaisseur de la glande. On sait que des calculs biliaires sont souvent trouvés dans les ramifications du conduit hépatique, et par conséquent développé par le tissu glandulaire. Dans ce cas, ne peut-on pas dire que le calcul, quoique contenu dans le parenchyme du foie, se trouve dans le conduit hépatique?

M. Robert. Je ne suppose pas que M. Fleury et M. Maisonneuve aient eu la pensée que le calcul se soit développé dans cette portion du conduit excréteur que l'on peut appeler *intra-glandulaire*.

On sait par les faits rapportés par M. Duparc, M. Maisonneuve et moi-même, que les calculs salivaires arrêtés dans le conduit de Warton amènent une hypertrophie de la glande et une tuméfaction des parties voisines. Je demande qu'un doute soit émis dans le rapport de M. Maisonneuve sur le siége précis du calcul.

M. Maisonneuve. Je me suis arrêté, dans mon rapport, aux termes mêmes de M. Fleury, me fondant sur la profondeur à laquelle était situé un calcul. L'autopsie, dans ce cas, aurait pu déterminer la position exacte de ce dernier. Si on ne peut point dire que le calcul était dans le parenchyme de la glande, on peut dire qu'il était profondément situé dans le canal de Warton.

**Hypertrophie glandulaire siégeant au voile du palais et à la voûte palatine.**

M. Michon. Un homme de trente-six ans, d'une bonne santé et d'une forte constitution, est entré le 22 décembre à l'hôpital de la Pitié pour être débarrassé d'une tumeur du volume d'un gros œuf qu'il portait dans la bouche. L'origine de cette tumeur remonte à dix ans environ. Elle avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur était complétement indolente; son accroissement a été lent et progressif. Un charlatan que le malade consulta fendit la tumeur; il en sortit une petite quantité de sang, et la plaie se referma, en laissant une petite cicatrice que l'on peut encore voir aujourd'hui.

Voici dans quel état le malade se présente à nous. Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit que le fond de cette cavité est occupé par une tumeur proéminente en avant, et qui s'appuie sur la partie postérieure de la langue, qu'elle déprime un peu. Sa surface est rouge, lisse, humectée, et présente tous les caractères de la muqueuse tendue et amincie. On remarque çà et là quelques pinceaux de capillaires; mais nulle part il n'y a menace d'ulcération.

Sa forme est à peu près sphérique, mais un peu lobulée. Sa consistance est ferme, résistante, élastique, sans apparence de fluctuation.

En faisant ouvrir plus largement la bouche au malade, et en écartant la tumeur avec le doigt, on voit qu'en arrière elle s'appuie sur la moitié gauche du voile du palais à son point de jonction avec la voûte palatine et le pilier antérieur. Cette moitié du

voile du palais a complétement disparu derrière la tumeur. La moitié droite, au contraire, ainsi que la luette, sont parfaitement intactes.

Le doigt introduit dans la bouche peut circonscrire en partie la tumeur, surtout en dedans, où elle est complétement libre, et en arrière, où elle refoule le voile du palais vers le pharynx. La tumeur semble peu mobile, et il est difficile de décider si elle adhère à l'apophyse ptérigoïde, contre laquelle elle est fortement appliquée, ou si elle est libre sous la muqueuse.

Les ganglions circonvoisins sont intacts; la parole et la déglutition sont gênées; la respiration est pénible, surtout pendant le sommeil. L'état général du malade n'offre d'ailleurs aucune altération et aucun symptôme de cachexie.

Nous nous sommes demandé quelle pouvait être la cause de cette tumeur.

Nous avons d'abord écarté l'idée de cancer. L'indolence de la tumeur, la lenteur de son développement, sa consistance uniforme, son défaut d'ulcération, l'absence de symptômes cachectiques et l'intégrité des ganglions voisins suffisaient pour faire renoncer à cette opinion.

Nous avons été plutôt porté à penser que la tumeur était de nature plus bénigne, fibreuse ou fibro-plastique. Le malade désirait en être débarrassé. L'opération, d'ailleurs, nous paraissait indiquée par l'accroissement progressif de la tumeur et par la gêne croissante aussi qu'elle apportait à la respiration et à la déglutition.

Malgré les quelques doutes qui nous restaient sur le degré d'adhérence de la tumeur avec les os sous-jacents, nous nous déterminâmes à l'attaquer directement.

L'opération a été pratiquée le 5 janvier. Une incision a circonscrit la muqueuse autour du pédicule de la tumeur. Dès lors il a été facile de l'énucléer sans autre secours que celui des doigts. Elle ne tenait aux parties profondes que par des adhérences celluleuses et par la muqueuse, qui la bridait pour ainsi dire.

Derrière la tumeur ainsi enlevée est restée la portion profonde du voile du palais présentant en avant une surface dénudée qui commence à bourgeonner, et est aujourd'hui en voie de cicatrisation.

Voici le résultat de l'examen de la tumeur :

La muqueuse qui l'enveloppe dans une grande portion de son étendue est peu adhérente. Au-dessous on trouve un tissu jaunâtre granuleux avec quelques traînées fibreuses et présentant çà et là des lacunes assez grandes, et notamment près de la surface un kyste allongé dans lequel se trouve un liquide transparent et visqueux.

L'étude microscopique nous a permis de constater les caractères suivants.

On trouve :

1° Des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés très nombreux et très évidents ;

2° De l'épithélium nucléaire libre ou en plaques agrégées ;

3° Quelques-uns de ces noyaux entourés de leurs cellules ;

4° Quelques éléments fibro-plastiques et des tractus fibreux.

En présence de ces résultats, la nature de la tumeur ne paraît pas douteuse. C'est une hypertrophie glandulaire qui ne peut provenir que de petites glandes salivaires du voile du palais.

Ce fait me paraît avoir une double importance, que je dois signaler :

1° Il est nouveau. C'est la première fois que l'on rencontre des tumeurs de cette nature dans cette région ; ou si l'on en a rencontré, je crois que l'on n'a pas reconnu leur véritable nature ;

2° Il étend le champ des hypertrophies glandulaires partielles. Les premiers faits n'ont été constatés que sur la glande mammaire ; plus tard, la parotide et la glande lacrymale en ont fourni des exemples. Celui-ci, qui part de glandes moins considérables, mais qui a peut-être pour cela même d'autant plus d'importance parce qu'il était moins prévu, doit être enregistré avec soin. Bientôt il sera permis de généraliser ces faits épars et d'en tirer des conclusions très intéressantes pour l'histoire encore un peu confuse de certaines tumeurs.

M. Nélaton. Le fait observé par M. Michon n'est pas rare, et je ne doute pas que l'attention fixée sur ce sujet n'amène à des résultats satisfaisants. M. Michon doit se rappeler que je l'ai prié, il y a quelques années, d'assister à une opération que je devais pratiquer sur une jeune religieuse qui portait une tumeur volumineuse dans l'épaisseur du voile du palais. Croyant cette tumeur

adhérente de mauvaise nature et difficile à enlever, je fendis le voile du palais sur la ligne médiane, et je fis ensuite une incision transversale au niveau de l'adhérence du voile du palais aux os palatins. J'avais peur que ces incisions fussent insuffisantes, et j'étais décidé à fendre la joue pour me donner le jour nécessaire pour accomplir l'ablation partielle du voile du palais; mais je fus fort surpris de voir que la tumeur que je venais de mettre à nu par une incision se détachait avec une grande facilité. La malade guérit fort bien; mais je fus obligé de pratiquer la staphyloraphie. La tumeur, examinée avec soin au moment de l'opération, présentait une ressemblance parfaite avec une glande salivaire. Tout récemment, à la Clinique, j'eus à extraire une tumeur en tout point semblable à celle dont M. Michon nous a donné l'observation. Dans ce cas, une incision sur la ligne médiane mit à nu la tumeur, et je pus avec grande facilité l'extraire. Cette fois l'examen micrographique de la tumeur fut fait avec soin. Sa texture était en tout point semblable à celle des glandes salivaires. L'opérée a très bien guéri.

M. Maisonneuve. L'hypertrophie des glandes salivaires n'est point rare. La Société doit se rappeler que dans le courant de l'année dernière M. Robert a présenté à la Société quelques considérations sur l'hypertrophie de la parotide prise pour un cancer. J'ai eu occasion d'opérer des tumeurs de ce genre, et une fois où la glande hypertrophiée avait été partiellement enlevée. Il survint une récidive, qui ne se reproduisit plus après l'ablation complète de la parotide. Ces faits sont intéressants, et doivent fixer l'attention du chirurgien.

M. Michon. Dans ma communication, je n'ai point eu la pensée d'établir que ces faits fussent rares; j'ai voulu faire remarquer que souvent on avait pris pour des cancers du voile du palais des tumeurs qui étaient formées par l'hypertrophie des glandes que l'on trouve dans l'épaisseur du voile du palais, et que ces tumeurs, comme cela résulte des faits qui ont été rapportés ici, s'enlèvent avec facilité. J'ajouterai, en terminant, qu'aucun fait de ce genre n'a encore été publié.

M. Huguier. Les faits rapportés dans cette discussion sont très importants; ils font entrer tout naturellement la pathologie buccale surtout dans une nouvelle voie: c'est un service de plus que la

Société de chirurgie aura rendu à la pathologie. Souvent j'avais été frappé d'une disposition particulière du voile du palais. Chez certains individus, on voit cet organe tuméfié sur les parties latérales et une dépression au centre; cette tuméfaction est due à l'hypertrophie des éléments sécrétoires de cet organe. Une matière filante assez abondante et gênant les fonctions qui s'accomplissent dans la cavité buccale est fournie par ces glandes. Les lèvres peuvent aussi être le siége de ces hypertrophies glandulaires sur lesquelles M. Michon appelait l'attention. J'ai eu à enlever sur la lèvre inférieure une tumeur sous-muqueuse, peu adhérente, lobulée, et qui présentait en tout point le caractère des glandes salivaires; cette tumeur m'avait paru d'abord être un ganglion lymphatique hypertrophié.

M. Demarquay. J'ai vu Blandin pratiquer deux fois, et avec grande facilité, l'ablation de tumeurs enkystées du voile du palais, auxquelles il donna le nom de cancer enkysté, et qu'il considérait comme ne devant pas se reproduire à cause de cette circonstance. A la suite d'une de ces ablations, il survint une hémorrhagie que je dus combattre par le fer rouge. Ainsi, l'enkystement des tumeurs palatines et la facilité de leur ablation ne mettent pas à l'abri des hémorrhagies, ce que l'on comprend facilement par la richesse vasculaire de cette région.

M. Chassaignac. Il ne faudrait pas, de ce qu'on rencontre souvent des tumeurs bénignes dans le voile du palais, éloigner l'idée du cancer. J'ai dû, dans un cas, pour enlever partiellement le voile du palais devenu cancéreux, lier la carotide primitive et fendre la commissure labiale, afin de mettre largement à nu la cavité buccale.

M. Lenoir. L'hypertrophie des glandes buccales n'est décrite nulle part. Elle n'existe pas seulement au voile du palais. J'ai eu occasion, il y a peu de temps, de donner des soins à une dame qui avait une grosse molaire cariée et, au-dessus, une tumeur située dans l'épaisseur de la joue, que je pris pour un abcès. Je fis une incision qui ne donna lieu à aucun écoulement; j'agrandis l'incision, et je fis sortir la tumeur avec grande facilité. Il existe encore une petite hypertrophie folliculaire que l'on rencontre souvent à la partie interne des lèvres, qui ne présente aucune gravité, et dont j'ai été affecté à l'époque où j'étais prosecteur de la Faculté. Il im-

porte d'être prévenu de l'existence de ces tumeurs pour ne pas commettre de méprises.

M. Marjolin. Les tumeurs enlevées par MM. Michon et Nélaton étaient incontestablement formées par des glandes hypertrophiées. Ces faits ne doivent point faire oublier que des tumeurs d'une autre espèce peuvent se trouver dans le voile du palais. La Société doit se rappeler que j'ai présenté, il y a peu de temps, une tumeur purement fibreuse extraite par moi de l'épaisseur même du voile du palais.

M. Chassaignac. Je ferai observer que M. Lenoir fait une confusion en faisant rentrer dans la classe des hypertrophies les petites tumeurs que l'on trouve à la face interne des lèvres. Ce sont des kystes formés par l'oblitération des follicules que l'on voit en ce point, et non pas de véritables hypertrophies.

**Considérations sur les tumeurs développées dans les sinus maxillaires.**

M. le professeur Roux, après avoir remercié la Société de l'accueil qu'elle vient de lui faire et exprimé le regret de n'avoir point pu prendre encore part à ses travaux, émet quelques doutes relativement aux tumeurs signalées par MM. Michon et Nélaton comme étant formées par l'hypertrophie des petites glandules salivaires, et attire l'attention des membres de la Société sur les tumeurs fongueuses développées dans les sinus maxillaires. Les tumeurs du sinus maxillaire doivent fixer l'attention des chirurgiens. Depuis un an, j'ai eu occasion d'observer quatre malades porteurs de tumeurs fongueuses développées dans le sinus maxillaire, qui ont amené la déformation de ce sinus, nécessité des opérations, mais qui n'ont en rien envahi le tissu osseux au contact duquel elles se trouvent. Un de ces malades a été opéré par M. Gosselin, qui avait été chargé de faire mon service pendant les vacances. D'abord, il avait eu la pensée d'enlever tout le maxillaire supérieur dans le sinus duquel s'était développée la tumeur; mais il voulut bien écouter les conseils de mon expérience, et il put débarrasser son malade en suivant le procédé opératoire que je vais faire connaître. Le malade opéré par M. Gosselin succomba aux suites de l'opération; la mort fut déterminée par une maladie accidentelle. La dernière observation de tumeur fongueuse développée dans le

sinus maxillaire qu'il me fut donné de recueillir est relative à une femme de moyen âge, qui portait dans la joue droite une tumeur grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur, en se développant, avait respecté la voûte orbitaire; mais elle avait oblitéré la fosse nasale correspondante, détruit une partie du bord alvéolaire correspondant et perforé la voûte palatine. J'étais convaincu d'avoir affaire à une tumeur fongueuse développée au sein du sinus maxillaire, et n'ayant point d'adhérences avec les os. En conséquence, je fis tenter une incision sur la lèvre supérieure, en dedans de la commissure; les téguments de la joue furent détachés, et j'arrivai ainsi facilement sur la face antérieure du sinus; celui-ci ayant été ouvert, je pus facilement extraire de l'intérieur de cette cavité osseuse une tumeur blanchâtre au centre, composée de tissu fibreux exclusivement. Il est curieux de voir ainsi des tumeurs bénignes se développer dans le sinus maxillaire aux dépens de la membrane muqueuse qui le tapisse, sans que les os participent en rien au développement de ces sortes de tumeurs.

Après avoir présenté quelques considérations sur le tissu fibreux et ce que l'on appelle le tissu fibro-plastique, M. Roux donne quelques détails sur une tumeur qu'il vient d'enlever. Cette tumeur était de nature fibreuse, située sur le dos du pied, sans altération de la peau, demi-mobile et ayant une apparence ganglionaire; elle tenait au tendon extenseur du pied par du tissu cellulaire.

M. Lebert. Cette communication intéressante me rappelle que, l'année dernière, il me fut donné d'examiner une tumeur développée dans le sinus maxillaire; celle-ci avait déterminé le chirurgien à enlever l'os maxillaire supérieur, où siégeait la tumeur. L'examen microscopique ne fit découvrir aucun élément cancéreux ni osseux dans l'épaisseur même de la tumeur. Je restai convaincu que la tumeur était formée par l'élément papillaire; mais j'hésitais à admettre dans le sinus maxillaire une tumeur formée par une hypertrophie papillaire. M. Giraldès n'avait point encore démontré cet élément des membranes muqueuses dans la composition de la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire.

M. Guersant. Je ferai observer que, l'année dernière, j'ai pratiqué l'ablation d'une tumeur occupant le sinus maxillaire, et qui était formée par du tissu fibro-plastique. L'enfant a guéri, et aucune récidive n'est survenue.

**Nouveau moyen de prévenir la pression douloureuse du talon dans le cas de fracture de la jambe et de la cuisse.**

M. Demarquay. J'ai eu récemment l'occasion de donner des soins, avec M. Denonvilliers, à un homme de quarante ans, qui, à la fin du mois de juillet dernier, se fractura la cuisse droite au Havre. A son retour à Paris, au mois de novembre dernier, il se fractura de nouveau la cuisse dans le même point où avait eu lieu la précédente fracture ; il survint un raccourcissement considérable. Les appareils contentifs ordinaires ne pouvant lutter contre la contraction musculaire énergique, il fallut faire l'extension et la contre-extension ; celle-ci fut faite à l'aide de l'appareil en caoutchouc volcanisé imaginé par M. Gariel.

L'extension était pratiquée au moyen d'un appareil dextriné passant autour du pied et renfermant une double bande passant sur une poulie, à l'extrémité de laquelle se trouvait suspendu un poids de 2 kilogrammes. Cette traction continue fut suffisante pour amener en peu de jours les fragments bout à bout. Mais bientôt nous eûmes à lutter, comme nos honorables confrères du Havre, contre les douleurs intolérables du talon, qui dans ce cas étaient d'autant plus vives, que l'extension faisait presser plus durement encore l'extrémité postérieure du pied sur le matelas. On faisait cesser la douleur en élevant la poulie, sur laquelle la bande supportant les poids venait à glisser. Mais alors on faisait basculer les fragments, après avoir eu recours inutilement à divers moyens conseillés en pareil cas. Nous employons l'appareil en caoutchouc volcanisé imaginé par M. Gariel pour faire l'extension ; il se compose d'un cylindre creux réuni à ses deux extrémités et pouvant être insufflé. Sur ce cylindre viennent se fixer deux branches verticales également creuses. Gonflé, il présente un espace sur lequel le talon peut être déposé, et par les branches latérales on peut le suspendre aux branches montantes du lit, de manière qu'il ne se renverse pas.

Grâce à cet appareil, notre malade est resté deux mois et demi au lit sans souffrir nullement du talon. Dans le cas où on est obligé de pratiquer l'extension sur un membre, et où par conséquent la pression du talon est augmentée, cet appareil peut être utile, et je le recommande à l'appréciation des chirurgiens.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 21 *janvier* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

### CANCER ET TISSU FIBRO-PLASTIQUE.

**Tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe, extirpée deux fois et récidivée sur place.**

M. Larrey communique, sous ce titre, une observation qu'il croit digne d'intérêt aux points de vue du diagnostic, de l'anatomie pathologique et de la récidive des tumeurs dites fibro-plastiques.

« Un ancien militaire, gendarme mobile, nommé Genter, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une bonne constitution, s'était aperçu dès sa jeunesse et presque dès son enfance de la présence d'une petite tumeur au-devant de la fesse gauche vers le niveau de la face externe de la crête iliaque, sans qu'aucune cause appréciable parût y avoir donné lieu. Cette tumeur, présumée même d'origine congénitale, n'avait guère plus de volume qu'une noisette à l'époque du recrutement, et n'occasionnant alors ni gêne, ni douleur, elle passa presque inaperçue au conseil de révision. Mais depuis l'entrée au service elle s'accrut progressivement sous l'influence de la pression mécanique exercée par le bord du ceinturon et par la poignée du sabre. Les fatigues ne firent qu'exciter l'action lente, mais à peu près continue de cette cause locale, et au bout d'une vingtaine d'années la tumeur avait acquis un développement assez considérable pour ne pouvoir plus supporter l'équipement militaire. Elle devint même le siége de douleurs qui ne s'étaient jamais fait sentir, et caractérisées par des élancements irréguliers. Le malade fut obligé de cesser à peu près son service en 1850. Il entra au Val-de-Grâce au mois de mars 1851, et fut placé dans nos salles de clinique.

» Voici dans quel état il se trouvait. Ce militaire paraissait avoir une assez bonne santé, quoiqu'il fût déjà venu à l'hôpital pour de légères affections de poitrine (bronchite aiguë, sans indice de tuberculisation); il avait eu aussi une maladie syphilitique caractérisée par des chancres primitifs, mais bien guérie. Nulle raison d'ailleurs de rattacher le mal local à ces causes générales.

» La tumeur siégeant à la face antérieure et supérieure de la ré-
ion iliaque externe du côté gauche offrait alors le volume d'une
rosse orange; elle était assez régulièrement arrondie, ayant une
urface lisse, sauf une bosselure en avant; une coloration rougeâ-
re avec injection veineuse et amincissement de la peau, mais sans
lcération ; elle avait une consistance ferme, résistante dans tous
es points, et paraissant élastique; une mobilité notable dans toute
a circonférence ou portion libre, donnant aux doigts une sensation
e glissement comme dans un kyste, mais ne provoquant, par di-
erses pressions, qu'une sensibilité faible ou très obtuse, sans com-
lication enfin d'aucune altération des parties adjacentes ni d'en-
orgement des ganglions circonvoisins, ni de la moindre altération
e la santé générale. Cette tumeur, en un mot, nous offrait les
aractères extérieurs des tumeurs dites fibro-plastiques, et elle fut
iagnostiquée comme telle. C'était donc une tumeur placée dans
es conditions favorables pour le pronostic, eu égard à l'opportu-
ité de l'extirpation, malgré des chances de récidive locale.

» L'opération étant ainsi reconnue nécessaire, après en avoir
iscuté les avantages dans l'une de nos conférences cliniques, j'y
rocédai le 20 mars par une double incision semi-elliptique, cir-
onscrivant la base de la tumeur. Cette opération fut facilitée par
ne énucléation rapide de la plus grande partie de la tumeur, et
erminée en moins de deux minutes. Un seul point d'adhérence à
a base nécessita une simple excision; une hémorrhagie veineuse
ssez abondante de toute la surface survint à la section des parois,
omme si un réseau de tissu érectile avait enveloppé cette tumeur;
nais la ligature ou la torsion de cinq ou six artérioles et quelques
blutions d'eau froide suffirent pour arrêter l'écoulement de sang.
es lèvres assez extensibles de la plaie furent réunies à l'aide de
uatre points de suture, et des compresses graduées, soutenues par
n bandage contentif, en complétant le pansement, prévinrent le
etour de l'hémorrhagie.

» La tumeur, examinée avec soin aussitôt après l'opération, est
nveloppée d'un kyste mince cellulo-fibreux autour duquel se
rouve une couche de tissu cellulo-adipeux lâche, très vasculaire
ce qui explique l'abondance de l'effusion sanguine au moment de
'opération). Quant à la tumeur elle-même, elle se compose d'une
nasse homogène, irrégulièrement arrondie, du volume d'une

orange, de consistance ferme, élastique, d'un aspect luisant, de coloration jaunâtre et légèrement rosée, d'une texture *sui generis*, non décomposable en lobules, comme la graisse, sans vascularisation intérieure, sans exsudation de liquide blanchâtre ou lactescent, sans ramollissement ni dégénérescence, sans mélange de tissu graisseux; n'offrant enfin, au microscope, nulle trace de l'élément ou de la cellule du cancer, mais exclusivement des corps fusiforme allongés, dont la nature est bien celle du tissu fibroplastique, ainsi que nous le démontra la recherche attentive faite par notre savant confrère M. Lebert.

» La tumeur, présentée d'ailleurs à la Société anatomique, ne laissa point de doute à cet égard.

» Le résultat de l'opération avait été très satisfaisant; aucun accident notable, soit primitif, soit consécutif, n'était survenu, sauf un gonflement des bords de la plaie, qui nécessita, dès le second jour, la levée de l'appareil et l'enlèvement des sutures, sauf ensuite une altération de la surface de cette plaie, devenue grisâtre et d'une suppuration sanieuse, offrant l'aspect de la pourriture d'hôpital. Mais bientôt des pansements appropriés (à l'aide du styrax, etc.), modifièrent favorablement l'état des choses; et la plaie, une fois détergée, commença, dès les premiers jours d'avril, à se cicatriser en même temps que la santé générale était satisfaisante; et vers la fin de ce mois la cicatrisation, étant complète, permit au malade de sortir de l'hôpital, quarante-cinq jours après l'opération.

» La cicatrice est restée solide pendant huit mois environ, et Genter a pu, durant cette période, reprendre son service et en supporter toutes les fatigues. Mais dès le troisième mois, une récidive se manifesta sur place, ou dans la cicatrice même, sous forme d'une tumeur grosse d'abord comme une noix seulement. Cette tumeur augmenta d'une manière graduelle vers le sixième mois surtout; et dans le courant de novembre, elle s'ulcéra d'abord sous forme d'une simple érosion, et ensuite dans une plus grande étendue. Elle acquit enfin un développement assez considérable pour obliger le malade à cesser son service et à rentrer au Val-de-Grâce, où il fut admis le 27 décembre 1851.

» La cause mécanique qui semblait avoir favorisé le développement primitif de la tumeur nous paraît avoir provoqué sa récidive et son augmentation graduelle avec ulcération.

» Quoi qu'il en soit, voici dans quelles conditions nouvelles se résente cette tumeur à notre examen clinique, le 14 janvier. Elle ffre dans son ensemble une masse considérable du volume à eu près d'une tête d'enfant d'un an ; sa forme est irrégulièrement rrondie ; sa surface est ulcérée dans une grande étendue, sous aspect d'un fongus ; sa circonférence mesure 42 centimètres, et sa ıperficie 29 ; l'ulcération fongoïde comprend ses deux tiers envi-ɔn, et est recouverte d'une couche pultacée, avec suppuration sa-ieuse et odeur fétide ; la base est protégée encore par les tégu-ıents intacts, mais distendus, amincis, enflammés ; la sensibilité, ès manifeste en ce point et un peu au delà, est nulle dans la asse ulcérée, même à une pression assez forte ; la consistance, ollasse à la superficie, est ferme, élastique profondément. L'aug-entation enfin de cette tumeur est telle, que de jour en jour elle mble plus prononcée, sans offrir, non plus que la première fois, moindre engorgement des ganglions circonvoisins ; mais elle ɛerce sur l'ensemble de l'économie une influence marquée, à en ger par l'état d'émaciation, par l'altération de la face, par l'af-iblissement général avec insomnie, toux, inappétence, etc., ns autre complication appréciable qu'un peu de râle sibilant et ɛ matité du côté droit de la poitrine.

» L'extirpation nouvelle de cette tumeur ainsi récidivée, étant ınc nécessaire et vivement réclamée par le malade, est pratiquée 15 janvier, en présence de MM. Lustreman et Mounier, chirur-ɛns majors, professeurs au Val-de-Grâce. L'inhalation de chloro-rme me permet de détacher promptement la tumeur par une in-ion circulaire à sa base, et de cautériser fortement sa surface ec le fer rouge, dans un point surtout qui semblait offrir des hérences assez profondes. Aucun indice cependant n'annonce que périoste de l'os iliaque soit malade ou dénudé, très peu de sang coule cette fois ; un pansement à plat avec compression légère appliqué ensuite, et le malade est soumis au régime des grandes érations. Il éprouve, dès les premières heures, un soulagement table ; à la suite d'une transpiration abondante, il a un sommeil ıez calme. Mais le lendemain il ressent quelques élancements dans plaie, et trois jours après il est atteint tout à coup d'une dyspnée rême avec du frisson qui nous aurait fait craindre des accidents résorption, si cet état ne s'était dissipé spontanément comme il ıit survenu.

» La suppuration s'établit ensuite régulièrement dans la plaie, qui tend à se recouvrir de bourgeons charnus; la santé du malade semble s'affermir de plus en plus; et la guérison définitive serait prochaine si la nature de la maladie ne nous laissait encore l'appréhension d'une récidive nouvelle.

» Quant à la tumeur enlevée ainsi pour la seconde fois, elle offre un volume beaucoup plus considérable que la première; sa forme est à peu près sphéroïde; son diamètre mesure 19 centimètres, et son poids 670 grammes; sa surface extérieure est bosselée, d'apparence fongueuse dans quelques points et gangréneuse dans d'autres; sa base offre des traces d'adhérences, comme celles d'un pédicule; sa texture iintérieure est homogène, d'un blanc jaunâtre, de consistance fibreuse, dense, élastique, excepté dans un point où ce tissu, semblant raréfié, contient une matière semi-liquide, d'apparence colloïde. Le suc interstitiel est incolore et non lactescent, non grumeleux et sans indice de cellules cancéreuses. »

M. Larrey, en terminant cette communication, présente la tumeur, qui a été déjà soumise à l'examen de la Société anatomique, et il prie M. Lebert de vouloir bien exposer, à ce sujet, le résultat de ses recherches microscopiques sur les caractères différentiels des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses.

**Discussion.**

M. Lebert montre d'abord un dessin qui représente le tissu de la tumeur enlevée par M. Larrey. C'est du tissu fibro-plastique dans sa forme tout à fait typique, composé exclusivement de corps fusiformes allongés, terminés à l'une de leurs deux extrémités ou à toutes les deux en pointe effilée, renfermant un noyau oblong, étroit, muni d'une ou deux nucléoles punctiformes; beaucoup de ces noyaux existent à l'état libre, sans être entourés d'une membrane fusiforme d'enveloppe. Le tissu tout entier est formé par ces éléments, non-seulement dans les endroits dans lesquels son aspect est d'un jaune pâle, homogène, élastique, mais aussi dans les endroits très vasculaires un peu moins consistants. La compression ne fait sortir de ce tissu qu'un liquide clair et transparent; on constate l'absence complète de tout élément cancéreux microscopique et l'absence de pus cancéreux appréciable à l'œil nu.

Ayant pu me convaincre que les idées de plusieurs membres de

ı Société n'étaient pas encore bien fixées au sujet des tumeurs bro-plastiques, je vais rappeler les principaux traits anatomiques : cliniques de ces produits accidentels, préparant d'ailleurs pour : Société un travail plus étendu basé sur l'analyse de tous les faits ue j'ai recueillis depuis dix ans sur cette matière.

J'ai donné dans le temps le nom de tissu fibro-plastique au tissu onnéitif, fibro-cellulaire en voie de formation, soit pendant la vie nbryonale, soit comme tissu accidentel. M. Robin a rencontré tissu fibro-plastique à l'état permanent dans la membrane muneuse utérine.

Je ne m'occuperai dans ce moment de ce tissu que comme constituant un groupe particulier de tumeurs.

Les tumeurs fibro-plastiques peuvent se former dans l'épaisseur ı la peau même, où elles sont connues sous le nom bizarre de ïloïdes, et se développent tantôt spontanément, tantôt dans des catrices, reviennent avec opiniâtreté après des opérations, mais occupent qu'une région circonscrite lors même qu'il y en a un rtain nombre groupées ensemble.

Les tumeurs fibro-plastiques sont surtout fréquentes dans le tissu llulaire sous-cutané et intermusculaire des membres; la cuisse ı est un des siéges de prédilection. Malgré le volume notable que uvent y acquérir ces tumeurs, on est frappé de la facilité avec quelle on peut les énucléer. Il serait trop long de décrire ici les vers aspects sous lesquels ce tissu peut se présenter; on les disguera ordinairement du cancer par l'absence d'un suc trouble lactescent, et par la présence de ces éléments fibro-plastiques si rieux dans lesquels on peut suivre tous les passages entre la re et la cellule. Ce fait n'offre rien d'extraordinaire pour celui i a suivi les progrès de la physiologie moderne, d'après lesquels est démontré que, tant dans le règne animal que dans le règne gétal, presque tous les tissus, quel que soit du reste leur aspect reux, dérivent primitivement de cellules.

La tumeur fibro-plastique n'est pas très rare dans les envelops séreuses et fibreuses du cerveau, et y constitue le plus souvent mal désigné sous le nom de fongus de la dure-mère.

Les tumeurs fibro-plastiques sont habituellement uniques dans conomie, et exceptionnellement elles sont multiples sur la région ectée. En général, une opération suffisamment étendue peut en

triompher définitivement ; toutefois les cas de récidive au-dessous de la cicatrice ne sont pas très rares, mais encore y observe-t-on ces deux faits à peu près constants, savoir : l'absence d'engorgement ganglionaire circonvoisin et l'état intact de la santé générale malgré la durée prolongée de la maladie. Vous avez tous encore présent à l'esprit, messieurs, le malade qui vous a été présenté à différentes reprises par M. Chassaignac, et qui porte depuis cinq ans environ une tumeur fibro-plastique à la région thoracique gauche, qui, déjà trois ou quatre fois enlevée, revient toujours sous la cicatrice, mais laisse les ganglions de l'aisselle intacts et n'empêche pas le malade de jouir d'une santé générale parfaite.

Dans des cas très exceptionnels les tumeurs fibro-plastiques, d'abord locales, peuvent se généraliser et engendrer une véritable diathèse fibro-plastique. J'ai pu en recueillir trois exemples, dont je dois le plus curieux à l'obligeance de notre honorable président M. Larrey, qui a communiqué aussi ce fait dans le temps à la Société. Mais notez bien que ces trois cas sont les seuls, sur plus de 100 cas de tumeurs fibro-plastiques, sur lesquels j'ai pris des notes. Il est bon que le pathologiste et le praticien soient prévenus de cette possibilité, sans toutefois lui attribuer une importance au-dessus de sa valeur réelle. Beaucoup de maladies, strictement locales dans la généralité des cas, peuvent exceptionnellement se généraliser. Qui de nous n'a pas rencontré des individus atteints d'une véritable diathèse lipomateuse portant vingt, trente, quarante tumeurs graisseuses à la surface du corps? J'ai vu, il y a un an environ, au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal (de Calvi), un individu qui portait plus de quatre-vingts tumeurs enkystées glandulaires à la surface du corps. J'ai vu, il y a plusieurs années, dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, un malade qui portait plus de cent tumeurs fibreuses à la surface du corps, dont l'une, extirpée, a pu être examinée.

Il résulte de toutes mes recherches sur les tumeurs fibro-plastiques qu'elles constituent une maladie locale qui, dans des cas rares et exceptionnels seulement, peut se généraliser, mais qui ordinairement, lors même qu'elle récidive, ne revient que sur place.

La portée pratique de ce résultat me paraît grande. Le véritable cancer est malheureusement, d'après mes nombreuses recherches, une maladie toujours générale, infectieuse; nos opérations n'ont

ur lui qu'une prise palliative; le mal en lui-même est incurable. l'ai vainement cherché jusqu'à ce jour dans la science un fait irré-usable d'un cancer guéri.

D'un autre côté, on a confondu avec le cancer beaucoup de ma-adies curables, hypertrophies glandulaires, tumeurs épidermiques, umeurs fibro-plastiques. Ces maladies, étant de nature essentielle-nent locale, doivent être poursuivies avec persévérance dans leurs écidives, et souvent le chirurgien éclairé aura raison d'une mala-ie en apparence fort grave qu'une erreur de diagnostic aurait endue incurable.

La connaissance approfondie de ces tumeurs est donc d'une gale importance pour l'anatomiste et pour le clinicien.

M. Maisonneuve défend les travaux de M. Lebert sur le tissu bro-plastique; la pratique confirme chaque jour les idées de I. Lebert, et la plupart des chirurgiens les adoptent. Depuis que les connais, j'ai obtenu la guérison de tumeurs dites cancéreu-s récidivées, grâce à des opérations répétées. Avant que j'eusse nnaissance des travaux de notre collègue, j'avais à plusieurs re-rises poursuivi des productions morbides que je considérais mme cancéreuses, et quelquefois avec succès. Toutefois, j'étais oins hardi que maintenant; en me fondant sur les idées nou-elles, j'ai opéré pour la troisième fois une personne de ma con-aissance d'un cancer ulcéré de la langue, opéré déjà à deux re-rises. La partie malade fut enlevée ainsi que les ganglions mala-s, et depuis cette dernière opération le malade est très bien; déjà x-huit mois se sont écoulés, et tout me porte à croire qu'il ne rviendra pas d'accidents. Le microscope nous donnait après une emière opération la nature exacte du produit enlevé. On com-end toute la hardiesse que le chirurgien puise dans un tel exa-en, quand celui-ci lui démontre qu'il a affaire à un produit ro-plastique.

M. Nélaton revient sur le malade dont M. Maisonneuve vient de nner en peu de mots l'observation. Il comprend que le malade éré pour la troisième fois soit guéri; mais depuis quand cet éré a-t-il été vu par M. Maisonneuve? Les reproductions peuvent re très promptes, et si le malade n'a point été vu depuis peu de mps, ne pourrait-on pas émettre un doute sur la non-récidive?

M. Maisonneuve. Le doute n'est pas possible; le malade est vu

par moi très souvent, et chaque fois avec soin. D'ailleurs, ce n'est point le seul cas que je puisse citer de l'avantage qu'il peut y avoir à poursuivre les récidives des tumeurs dites cancéreuses. Il fera connaître plus tard l'observation d'un malade opéré par lui d'une tumeur volumineuse développée à la cuisse. L'ablation de cette tumeur fut suivie d'une récidive dans le pli de l'aine avec pénétration de la tumeur dans la fosse iliaque, où il fallait aller la chercher. — Une nouvelle opération est faite, et le malade a parfaitement guéri.

M. Robert. Je demanderai à M. Maisonneuve quelle est la nature du produit enlevé par lui, quand il a opéré pour la troisième fois le malade dit affecté de cancer de la langue.

M. Maisonneuve. Suivant moi, j'avais affaire à un cancer épithélial, que j'ai fait disparaître à l'aide du bistouri et qui avait résisté à la ligature deux fois pratiquée pour le détruire. L'examen microscopique ne fut point fait.

M. Robert. Je regrette que l'examen de la tumeur enlevée par M. Maisonneuve n'ait point été fait; cette observation perd de son intérêt à cause de cette circonstance. Maintenant, est-il bien vrai, bien démontré que nous ne guérissons que le cancer épithélial, ou les tumeurs fibro-plastiques? Je crois, pour mon compte, avoir vu guérir des malades affectés de véritables cancers. Il y a quelques années, j'ai donné des soins à un homme des environs de Paris qui avait été mordu par un chien. A la suite de cet accident cet homme devint triste, morose, et un des testicules devint le siége d'une altération que je considérai comme de nature encéphaloïde. Cet homme a guéri, mais il est resté voisin d'un état de folie. Depuis, j'ai eu occasion de voir une personne portant une ulcération cancéreuse de la langue, et deux autres cautérisations faites avec le chlorure d'or ont amené une guérison complète de la langue. Deux ans après une tumeur de mauvaise nature apparaissait au cou, et faisait succomber le malade.

M. Maisonneuve. En me plaçant il y a un instant au point de vue clinique, j'ai dit que j'avais été assez heureux pour débarrasser deux malades affectés, l'un d'un cancer épithélial, et l'autre de tumeurs fibro-plastiques. M. Robert m'objecte que le microscope n'avait point déterminé la nature du produit, et que par conséquent je m'étais hâté de conclure. Je lui ferai la même objection. Le mi-

croscope n'ayant pas déterminé la nature des produits que vous avez enlevés ou détruits, vous n'êtes point en droit de conclure qu'ils étaient cancéreux.

M. Lebert. Dans un travail inséré parmi les mémoires de la Société de chirurgie, j'ai cherché à déterminer la loi de propagation du cancer épithélial, et j'ai démontré que c'est surtout dans les ganglions voisins que la propagation a lieu et non dans les ganglions éloignés. Sur dix-huit autopsies faites à la suite de la mort déterminée par le cancer épithélial, je n'ai point trouvé d'autres ganglions qui fussent pris que ceux existants dans la zone anatomique.

M. Michon. M. Maisonneuve a dit au commencement de cette discussion que les idées nouvelles sur les tumeurs cancéreuses et celles qui en diffèrent étaient généralement acceptées. Je voudrais qu'il en fût ainsi; mais ne savons-nous pas que beaucoup de praticiens distingués n'ont point encore accepté d'une manière absolue les faits nouveaux! C'est à la Société de chirurgie que l'on devra la propagation de ces idées, et ce ne sera pas le moindre service qu'elle aura rendu à la science. La détermination de la nature des tumeurs n'est pas chose facile, même après leur ablation. Je dirai à M. Robert que l'encéphaloïde, la forme la plus nette, la mieux déterminée de cancer, n'est pas toujours facilement reconnue. J'ai pris pour une encéphaloïde une tumeur de la cuisse que j'avais enlevée, et le microscope m'a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale.

Blandin lui-même s'est souvent mépris sur la nature des tumeurs qu'il enlevait, et un de ses élèves, M. Brocca, a démontré que des tumeurs considérées par lui comme des cancers, et qu'il avait enlevées sans récidive, n'étaient que des tumeurs fibro-plastiques. Maintenant peut-on dire que le cancer soit incurable? C'est une question difficile à juger actuellement. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe des cancers à marche plus ou moins rapide, dont la manifestation après l'ablation est plus ou moins lente; et je considère que c'est un grand service rendu à la science que d'avoir distingué, parmi les tumeurs, celles qui tiennent à une hypertrophie pure et simple de celles qui sont un produit hétéromorphe, et, parmi celles-ci, celles qui ne se reproduisent que sur place et dans

les ganglions de celles qui envahissent et empoisonnent l'économie tout entière.

M. Demarquay. Je ferai observer à mon excellent maître M. Michon que, si Blandin a commis des erreurs dans la détermination de la nature des produits qu'il enlevait, c'est que ces erreurs étaient inévitables au moment où il vivait, puisque les idées que nous discutons ici étaient à peine connues à sa mort; cependant il y avait dans sa classification des tumeurs qu'il considérait comme cancéreuses. Un fait essentiellement pratique, c'est celui-ci : pour lui, le cancer existait sous deux formes : l'une vague, disséminée ; l'autre, enkystée. La première forme, il la croyait rarement curable, tandis que la seconde l'était ; aussi, quand devant l'Académie de médecine il défendait la cause de la curabilité du cancer, c'est surtout du cancer enkysté qu'il voulait parler. Eh bien ! les idées nouvelles, que disent-elles ? C'est que les tumeurs fibro-plastiques se présentent le plus souvent sous la forme que Blandin donnait au cancer curable. Vous voyez que, sous ce rapport, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu se rapprochait de la vérité.

M. Chassaignac. J'ai présenté à la Société, il y a quelque temps, une femme qui depuis six ans est à l'état de guérison d'un cancer de la langue. Cette femme était déjà depuis longtemps dans le service de M. Récamier, qui, après avoir employé avec persévérance divers traitements explorateurs, prononça qu'il y avait cancer et que la malade devait être opérée. Elle entra dans le service que je dirigeais alors à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Breschet. Je fis l'ablation de la tumeur très complétement. Au bout de quelques mois, la tumeur récidiva ; Blandin fit à son tour l'opération. Six mois après, nouvelle récidive pour laquelle je fais une troisième opération, qui a eu un résultat définitif, puisque depuis six ans la malade n'a eu aucune récidive.

M. Cloquet. Je trouve fort intéressantes les recherches de M. Lebert, et je crois, comme M. Michon, qu'elles doivent passer dans la pratique. J'ai, comme la plupart de mes collègues, enlevé un certain nombre de ces tumeurs fibro-plastiques, et j'ai été frappé de ce fait, que, lorsqu'elles se reproduisent, c'est sur place, sous la cicatrice restée saine, ou aux environs de celle-ci. J'ai opéré à la Maison de santé, d'une tumeur fibro-plastique, une fille de vingt-huit ans. Deux fois la tumeur, qui était située dans la région de la

hanche, s'est reproduite sous la cicatrice; il fallut l'enlever, et la malade a fini par guérir. Dans ce genre de tumeurs, je n'ai jamais vu les ganglions se prendre, ce qui a lieu le plus souvent dans le cancer. A ce propos, je me rappelle avoir disséqué un cadavre portant une tumeur mélanique dans la région de l'aine; les lymphatiques partant des ganglions étaient remplis de matière noire. Ainsi, tandis que les engorgements ganglionaires sont communs dans les affections cancéreuses, ils sont nuls ou n'existent pas dans les tumeurs fibro-plastiques.

M. Michon. Je ferai remarquer à M. Demarquay que je n'ai nullement voulu attaquer le mérite personnel, ni les travaux de Blanlin; je le citais seulement pour démontrer que des hommes émiıents, en dehors du microscope, pouvaient se tromper sur la nature les tumeurs qu'ils enlevaient.

M. Lenoir. Certainement les recherches microscopiques sont inéressantes et doivent venir en aide au chirurgien, mais ces recherhes ne nous apprennent rien au point de vue clinique; ce n'est ıu'après l'ablation des tumeurs elles-mêmes que le chirurgien a ılus ou moins de présomption en faveur de repullulation ou de on-repullulation. Mais toujours le chirurgien, à l'examen de la ımeur qu'il avait enlevée, a exprimé des espérances plus ou moins ɔndées sur la chance de non récidive, se fondant sur la nature du roduit enlevé.

Maintenant, est-il vrai que les tumeurs fibro-plastiques seules ɜ reproduisent sur place? Je ne le crois pas. J'ai opéré treize fois ı douze ans une femme qui portait une tumeur cancéreuse dans ı région du cou; la première récidive est survenue au bout de six ns, les autres dans l'espace des sept autres années: elles étaient ıutes voisines des cicatrices, mais ne les envahissaient pas. L'exaıen microscopique a démontré la nature cancéreuse de ces tueurs. La malade a fini par succomber aux suites de sa maladie. n'y a donc point que les tumeurs fibro-plastiques qui se reproıisent sur place sans envahir la cicatrice. Je dirai, en terminant, ıe j'ai vu, avec M. Cloquet, un malade affecté d'une tumeur de la ngue considérée comme cancéreuse guérir sans opération.

M. Lebert. Le fait de M. Lenoir n'a que la valeur d'un fait exptionnel Dans quelque temps, lorsque j'aurai accumulé plus de

matériaux, je présenterai à la Société un travail complet sur le tissu fibro-plastique.

M. Forget dit que M. Lenoir a posé la question capitale, celle du diagnostic des tumeurs avant l'opération. A ce point de vue, il pense comme lui que le microscope n'a nullement éclairé l'étude clinique. Il ne croit pas que l'observation clinique soit aussi insuffisante qu'on l'a dit lorsqu'il s'agit de déterminer la nature cancéreuse des tumeurs; sans doute elle n'est pas infaillible, mais dans la majorité des cas elle voit juste, et, par l'étude de la marche des produits pathologiques, de leurs caractères physiques, des conditions générales de l'individu qui les présente, elle peut se prononcer sur leur degré de malignité et présumer ainsi du pronostic qu'on doit en porter.

Défendre cette opinion, ajoute M. Forget, ce n'est pas méconnaître les services rendus par le microscope, c'est vouloir seulement ne pas les exagérer; c'est tenir compte des contradictions qui ont divisé les micrographes eux-mêmes, des incertitudes qu'ils ont émises sur la véritable composition des tissus soumis à leur examen; c'est, enfin, reconnaître ce qu'il y avait de fondé et de réel, sous le rapport de la récidive, dans la distinction rappelée par M. Demarquay et qu'avaient depuis longtemps établie les chirurgiens entre les cancers diffus qui récidivent toujours et les cancers enkystés qui peuvent ne pas récidiver, cancers que le microscope a décrits dans ces derniers temps sous le nom de tumeurs fibroplastiques.

En résumé, je demanderai à M. Lebert si ses recherches l'ont conduit à pouvoir établir *à priori*, et à l'aide d'autres données cliniques que celles que nous possédons, la nature oui ou non cancéreuse des tumeurs.

**Rapport. — Ankylose.**

M. Maisonneuve fait un rapport sur le travail que M. Bonnet, de Lyon, a adressé à la Société de chirurgie le 11 décembre dernier, et ayant pour titre : *Nouvelles observations de rupture d'ankylose angulaire du genou suivant la méthode de M. Palasciano.*

Dès le début de son rapport, M. Maisonneuve exprime le plaisir qu'il éprouve d'entretenir la Société de chirurgie de M. Bonnet et de ses travaux; puis, passant à l'analyse du travail de l'habile chi-

rurgien de Lyon, il fait remarquer les modifications heureuses que M. Bonnet a fait subir au procédé opératoire de M. Palasciano. Ce chirurgien avait proposé pour guérir l'ankylose angulaire de faire la section du triceps fémoral au-dessus de la rotule et celle du biceps fémoral. Le procédé du chirurgien italien exposait, d'une part, à l'introduction de l'air dans la plaie faite au-devant du genou et à la section du nerf sciatique. C'est pour éviter ces deux inconvénients que M. Bonnet, de Lyon, a modifié le procédé opératoire du chirurgien étranger. Nous ne parlons pas de ces modifications, le travail de M. Bonnet devant paraître dans nos Mémoires.

D'autres modifications ont encore été apportées au procédé opératoire, afin d'obtenir plus facilement et sans danger l'extension du membre, et pour favoriser la marche après l'extension obtenue.

Ce rapport se termine par les conclusions les plus flatteuses pour M. Bonnet, et ce chirurgien est nommé à l'unanimité membre correspondant.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 28 *janvier* 1852.

### Présidence de M. LARREY.

#### Correspondance.

M. SEUTIN adresse à la Société son *Traité de la méthode amovo-inamovible*, et demande le titre de membre correspondant.

M. Larrey est chargé de faire un rapport verbal.

#### PRÉSENTATION DE MALADES.

#### Corps étranger du genou.

M. CHASSAIGNAC présente un malade porteur d'un corps étranger dans l'articulation du genou.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

#### Application du microscope à l'anatomie pathologique.

A propos du procès-verbal, M. Michon, revenant sur les applications du microscope à l'étude des produits morbides, fait observer

que le microscope ne doit être considéré que comme un élément d'étude de plus ajouté à ceux que nous avons. Lorsque Laënnec a doté la médecine de l'auscultation, il n'a point pour cela fait le procès aux autres moyens employés avant lui ; à l'heure qu'il est, le microscope a déjà rendu un grand service en distinguant nettement les tumeurs qui sont le produit d'une hypertrophie pure et simple des produits hétéromorphes, comme le cancer. Nous avons donc, grâce à lui, fait un grand progrès, si surtout nous nous reportons au temps de Boyer. Ce grand chirurgien, qui ne croyait pas à la guérison du cancer, disait, après l'ablation d'une tumeur: « Elle ne se reproduit pas, donc elle n'est pas cancéreuse. » Il fallait à Boyer un temps très long pour qu'il pût se prononcer sur la bénignité ou la malignité d'une tumeur, tandis que nous, dans la majorité des cas, nous pouvons être fixés sur les chances plus ou moins grandes qu'a le malade de voir se reproduire son produit morbide.

M. le professeur Roux. L'assertion de Boyer que vient de rapporter M. Michon était, de la part de ce grand chirurgien, une pétition de principe. J'ai vu, avec Boyer lui-même, et plus tard seul, des tumeurs considérées comme cancéreuses, et qui, une fois enlevées, ne se sont point reproduites. D'ailleurs, avant de se prononcer sur la reproduction du cancer, il faudrait savoir si ce produit morbide n'a point une tendance plus grande à se reproduire, suivant qu'il affecte certains organes. Le testicule est souvent le siége du cancer, et le diagnostic de cette affection ne présente pas, dans la plupart des cas, de grandes difficultés de diagnostic. Eh bien, je pourrais citer plusieurs ablations de testicules cancéreux faites, en 1831, sans qu'aucune reproduction ait eu lieu. Peut-être, dira-t-on, vous n'avez enlevé que des produits fibro-plastiques; mais il faudrait que cette assertion fût appuyée d'un certain nombre de faits. Ne savons-nous pas d'ailleurs que ce produit peut, comme le cancer, se reproduire sur place et envahir l'économie! Pour me résumer, je dirai que, suivant moi, il faudrait être plus réservé sur les chances de non-reproduction du produit fibro-plastique, et que, dans une certaine limite, il faut admettre comme possible la curabilité du cancer.

M. Giraldès. Je ne crois pas que l'on puisse induire des observations antérieures à notre époque la cure radicale plus facile des

:ancers du testicule. J'ai pu me convaincre que bon nombre de :hirurgiens ont considéré comme cancéreuses des tumeurs des ›ourses qui ne le sont pas. J'ai vu dans le Musée hunterien des ıumeurs étiquetées comme cancer, et qui ne sont que des tumeurs ibro-plastiques du testicule ou des hématocèles. Le microscope, ıuivant moi, est au diagnostic des tumeurs ce qu'est l'auscultation ›our les maladies de poitrine.

M. Lebert répond à M. Roux, d'abord comme simple renseiınement, que les tumeurs fibro-plastiques peuvent en effet se nontrer dans le testicule; il les a observées deux fois chez l'homme :t une fois chez le chien.

Quant à la question de l'application du microscope aux études nédicales, il faut évidemment prendre la question *de plus haut* et tudier la nature des produits morbides d'après la méthode des naıralistes. Les recherches microscopiques constituent, sans contreit, le plus grand progrès de l'anatomie pathologique moderne, nais sans qu'il vienne à l'esprit du pathologiste éclairé de diminuer le mérite des travaux de nos devanciers.

Si nous comparons l'état de l'anatomie pathologique, telle qu'elle été cultivée dans ce siècle, avec ce qu'elle a été dans les temps ntérieurs, nous ne trouvons d'abord dans les grands recueils de Ianget et de Bonnet qu'un assemblage indigeste de faits mal obervés. Même l'immortel ouvrage de Morgagni, déjà bien supérieur la littérature antérieure, manque de détails suffisants et d'enemble. Nous y trouvons la trace de beaucoup de doctrines moderes, mais nous y trouvons bien peu de doctrines nettement étalies.

Depuis le commencement de ce siècle, au contraire, l'anatomie athologique, qui doit également beaucoup au grand Laënnec, a té l'objet d'études bien plus approfondies, bien plus complètes; tous :s organes, toutes les maladies ont été examinées avec soin et vec détail; mais de même que l'anatomie comparée et la physio›gie végétale étaient de pauvres sciences avant l'application du ıicroscope, de même aussi nos simples sens, non armés de lenlles grossissantes, étaient bien insuffisants pour approfondir la :ructure des produits morbides. Le microscope devait non-seuleıent être utile, il était nécessaire, indispensable.

Mais la seule manière de s'en servir avec fruit était de comparer

toujours le résultat de l'investigation microscopique avec celui de toutes les autres méthodes d'investigations connues antérieurement. De bonne heure on est ainsi parvenu à se convaincre que de nombreuses erreurs, je ne crains pas de prononcer ce mot, avaient cours dans la science; ce qui n'empêchera jamais les hommes éclairés, les hommes du progrès, de conserver les vérités anciennes. Mais d'un autre côté il n'y a pas de concession à faire; ce qui a été reconnu fautif doit être changé, rejeté, et remplacé par des vérités nouvelles, quel que soit le laps de temps qui doit s'écouler encore avant que cela soit possible sur une vaste échelle.

Il faut par conséquent que le microscope continue à s'occuper, sans relâche, de l'étude des produits morbides, qu'il continue à rectifier des opinions douteuses ou erronées, en persévérant toutefois dans la voie tracée, de confronter toujours le résultat de l'examen microscopique avec l'étude anatomique; les résultats cliniques, avec les résultats des investigations pathogéniques et thérapeutiques.

M. Forget n'admet pas qu'il soit convenable, pour rehausser l'importance du microscope, d'infirmer, comme on vient de le faire, l'autorité du diagnostic chirurgical, qui est loin d'être aussi incertain qu'on le dit. Il fait remarquer que si l'opinion qu'il combat devenait jamais une règle de conduite pour le chirurgien, la première indication qui se présenterait en clinique serait de procéder à l'ablation de toutes les tumeurs indistinctement, afin de pouvoir ensuite en déterminer la nature au moyen du microscope; or combien une telle conduite serait préjudiciable au malade, et que de regrets ne causerait-elle pas souvent au chirurgien !

Mais ce que l'on reproche au diagnostic clinique de ne pouvoir faire dans tous les cas, c'est-à-dire déterminer d'une manière précise la nature d'une tumeur, le microscope lui-même le peut-il bien toujours ? A cet égard M. Lebert n'a-t-il pas répondu par la négative, lorsqu'il nous a dit que dans quelques cas, malgré l'examen microscopique, il restait un doute que le temps seul pourrait éclairer ? Il faut alors, a-t-il ajouté, faire appel à l'enseignement clinique pour contrôler les notions fournies par le microscope.

Enfin, qu'on veuille bien se rappeler, dit M. Forget, que le chirurgien étudie la maladie vivante, et que le micrographe n'en analyse que le cadavre; que le premier puise dans l'étude physiolo-

ico-pathologique de celle-ci des éléments de certitude qui lui ermettent d'en déterminer le caractère, éléments que le second ie saurait obtenir.

M. Lebert regrette d'avoir été mal compris par M. Forget. Personne plus que moi, dit-il, ne s'est élevé contre les exagérations de 'emploi du microscope. Si j'ai passé dix ans à recueillir dans les iôpitaux des observations complètes sur le cancer avant de publier non travail sur ce sujet, c'est que j'ai toujours suivi la méthode linique et fait l'examen anatomique minutieusement exact de tous es produits dont je devais ensuite faire l'analyse microscopique. On m'a reproché d'avoir parfois émis des doutes sur le résultat de ion propre examen : c'est méconnaître la valeur des instruments e physique, parmi lesquels, quelle que soit leur valeur, et celle u microscope est immense, il n'y en a point d'infaillibles. On doit u contraire me savoir gré de ma réserve.

Le microscope ayant dévoilé, d'un autre côté, de nombreuses rreurs commises par l'examen à l'œil nu, je le répète et j'y insiste vec conviction, il n'y a pas de concessions à faire; on ne rejette as les recherches des devanciers là où elles sont justes; mais il aut que le microscope continue à contrôler toutes les doctrines sur es produits accidentels; il n'y a pas même à hésiter. Vouloir se éfendre contre cette obligation, c'est se défendre tout bonnement ontre le progrès de la science.

En résumé, les études microscopiques en pathologie sont donc ont aussi indispensables pour l'avancement de la pratique que our l'avancement de la science.

### Exostose des os de la face et du crâne.

M. Giraldès présente, pour M. Rebel, une pièce d'anatomie pathologique curieuse : il s'agit d'une exostose éburnée développée ir les os de la face. Cette tumeur a successivement déformé tous s os de la face, envahi les sinus et gagné les os de la tête. (Cette te a été décrite par Jourdain.)

M. le professeur Cloquet a observé un fait de ce genre il y a ngt ou vingt-cinq ans.

### Névromes développés sur tous les nerfs de l'économie.

M. Houel présente un cas très intéressant de névrome général ccupant presque tous les nerfs de l'économie; ce malade a été

observé avec soin pendant neuf mois à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. le professeur Nélaton. Il est entré le 9 mars 1851, et mort le 16 décembre de la même année. Cet homme, qui était âgé de vingt-six ans, était entré pour une tumeur du volume du poing et qui siégeait à la cuisse du côté droit. Lors de son entrée à l'hôpital, M. Gosselin, qui était chargé du service, reconnut qu'il existait sur différents points du corps un assez grand nombre de tumeurs dont le malade ne se doutait pas : il en constata sur la paroi abdominale antérieure quatre ou cinq, au cou, à l'aisselle, aux bras; il enleva seulement une des petites tumeurs abdominales, qui, examinée au microscope, fut trouvée formée exclusivement de tissu fibreux.

Au 1er avril, M. Giraldès fut chargé, comme agrégé de la Faculté, du service de la clinique : il enleva peu de temps après la tumeur de la cuisse, qui inquiétait le malade; elle n'était pas très douloureuse, mais elle le gênait pour la marche. La cicatrisation de cette plaie se fit longtemps attendre : elle ne fut complétement guérie qu'au bout de trois mois.

Sur ces entrefaites, M. le professeur Nélaton prit possession de son service, et, comme MM. Gosselin et Giraldès, il constata un grand nombre de tumeurs disséminées sur le corps de ce malade ; il en trouvait même de nouvelles. Je dois les antécédents de ce malade à M. Bauchet, interne du service, qui a bien voulu me les communiquer. La sensibilité générale et la motilité étaient donc à peu près intactes, malgré que la lésion fut très générale ; la pression de ces tumeurs déterminait une douleur vive. Vers le mois d'août, le malade fut atteint de contracture légère, qui alla en augmentant jusqu'à la mort; dans les derniers jours, il y eut même un peu d'opisthotonos. Mais dans l'immobilité la douleur était peu considérable ; le malade se plaignait même d'un genou qui n'était en apparence le siége d'aucun névrome.

*Autopsie.* — Tous les viscères, examinés avec soin, ont été trouvés sains. Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière ne contenaient aucune tumeur analogue à celles qui existaient sur les nerfs. La queue de cheval était, pour chacun des filaments qui la constituent, le siége de nombreux névromes; sur un seul filament, M. Houel a pu en compter vingt. Déjà, en 1840, Bischoff avait signalé un fait analogue. Les racines des nerfs crâniens étaient même, pour

uelques-uns, le siége de tumeurs. La septième paire, avant son ntrée dans le trou auditif, présentait un névrome du volume d'une aise.

Voici ce que l'examen des nerfs a démontré :

Les nerfs olfactif et optique n'ont rien présenté de particulier. e nerf moteur oculaire commun, des deux côtés dans l'œil, pré- nte de nombreux névromes. Le ganglion ophthalmique est hy- ertrophié, et les nerfs ciliaires présentent quelques petits renfle- ents. La cinquième paire, dans sa branche ophthalmique, est le ége de nombreux névromes, ainsi que le nerf sous-orbitaire; dans branche inférieure, on en constate d'évidents sur les nerfs lin- ıal et dentaire; sur le premier, il est facile de les constater jusque r les dernières divisions. La septième paire, dans son trajet dans reille, portion dure et molle, ne présente aucun renflement; ais au niveau de la parotide on en constate de nombreux, que n retrouve également à la face. Le nerf pneumo-gastrique, des ux côtés, dans la région cervicale et thoracique, est le siége de vromes nombreux, ainsi que dans ses rameaux laryngés supé- eurs et inférieurs. Les plexus pulmonaires cardiaques et œsopha- ens sont également ganglionaires. Sur l'estomac, M. Houel n'a s rencontré de névromes. Les nerfs cervicaux, branches muscu- ires et cutanées, étaient ganglionaires. Le nerf phrénique droit, peu avant le diaphragme, présente plusieurs renflements fusi- rmes. Les nerfs intercostaux sont, sans exception, très volumi- ux et le siége de nombreux névromes, dont quelques-uns ont cavé profondément la côte avec laquelle ils sont en rapport. Le exus brachial et axillaire, à droite et à gauche, nous offre de mbreuses tumeurs, dont une volumineuse, située sur la branche terne du nerf médian, a 7 centimètres de longueur sur 11 de conférence; toutes les branches terminales ont l'aspect ganglio- ire, et M. Houel a montré une disposition assez singulière : c'est e les nerfs cutanés et musculaires sont allongés; ils sont devenus mme variqueux, et peuvent être déplissés. Cette même disposi- n se rencontre pour les membres inférieurs. Les plexus lombo- crés sont plus profondément atteints encore que les nerfs des embres supérieurs. Le nerf sciatique a doublé de volume, et est siége de nombreuses tumeurs, qui se retrouvent également sur branches terminales, ainsi que sur le nerf crural.

Toutes ces tumeurs, examinées au microscope par M. Robin, ont été trouvées composées de tissu fibreux; ce n'est que par exception que l'on a constaté les éléments fibro-plastiques.

Déjà la science possède plusieurs observations analogues. M. Houel en a rapporté six : deux ont été observées en 1840 par Bischoff et Wurtzer; en 1843, M. Serres en a mentionné deux dans les *Bulletins de l'Académie des sciences*, sous le nom de transformation ganglionaire des nerfs de la vie animale et organique; Smith, dans son excellente monographie, a consigné également deux cas de névromes nerveux généralisés qu'il aurait observés en 1843, à peu de distance d'intervalle, dans l'hôpital *House of industry*.

Après divers renseignements demandés par MM. Roux, Cloquet, Huguier, Robert, Giraldès, Morel, Demarquay, et qui seront reproduits plus tard, une commission, composée de MM. Nélaton, Robert et Lebert, est chargée d'examiner le travail de M. Houel et de faire son rapport.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 4 février* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

#### Correspondance.

La Société a reçu les mémoires suivants :

1° M. Demarquay. *De la ligature du voile du palais, des amygdales et de la langue d'après le procédé de M. Blandin.*

2° MM. Duméril, Demarquay et Lecointe. *Considérations physiologiques sur les modifications que subit la température animale sous l'influence de l'introduction dans l'économie de différents agents.*

3° M. Debout. *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. XLI.

4° M. Bouvier. *Note sur un cas de paralysie partielle des muscles de la main, suivie de nouvelles remarques sur la disposition anatomique de ces muscles.*

5° M. Bonnafont. *Mémoire sur la transmission des ondes sonores*

*; travers les parties solides de la tête servant à juger le degré de sen-ibilité des nerfs acoustiques* et un *Mémoire sur les polypes de l'o-eille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur uérison.*

COMMUNICATION.

**Causes de la résolution des tumeurs.**

M. Chassaignac. Je désire appeler l'attention de la Société sur ne opinion que je crois juste, bien que les faits me manquent our en démontrer la justesse. Suivant moi, l'action des résolutifs des excitants appliqués sur les tumeurs pour en obtenir la réso-tion, tels que vésicatoires, pommade stibiée, cautères, frictions tringentes, etc., n'agit que sur le tissu cellulaire intermédiaire la peau et à la tumeur, et que c'est par la transformation de ce su cellulaire en tissu dartoïde, tissu inodulaire, fibreux, élasti-e, que la résolution s'obtient en raison de la contractilité de ce su sur le parenchyme de la tumeur. Déjà je pourrais citer quel-es faits, peu nombreux à la vérité, où l'autopsie m'a démontré transformation du tissu cellulaire en un tissu contractile.

M. Robert. En me plaçant au point de vue de M. Chassaignac, admettant même sa théorie, je lui ferai une objection qui paraît ez sérieuse : suivant ses propres idées, la résolution ne devrait ccomplir dans une tumeur qu'autant que celle-ci reposerait sur plan résistant, sur lequel le tissu dartoïde nouveau pourrait la nprimer ; au cas, par exemple, où le plan résistant n'existe int, comment la compression aurait-elle lieu ?

M. Huguier. En supposant la transformation du tissu cellulaire oquée par M. Chassaignac, on comprend en effet qu'une cer-ne compression ait lieu. Mais dans certains cas cette compres-n ne peut être invoquée ; au cou, par exemple, quand un goître st développé et que des agents résolutifs ont été employés, ce est point le tissu cellulaire qui comprime et devient une cause touffement, ainsi que j'ai pu le constater deux fois à Saint-Louis r des autopsies. La compression a lieu par le développement des névroses, qui marche parallèlement à celui du goître.

M. Chassaignac. J'admets ce qu'il y a de fondé dans l'objection M. Robert. Au cou, sans doute, la compression est moins forte

par la transformation du tissu cellulaire, et à cause du défaut de plan résistant; mais elle existe cependant. Si ma théorie de la résolution des tumeurs est fondée, il y a à se demander si quelquefois il n'importe pas de ne point pousser l'action résolutive trop loin, pour ne pas exagérer l'action comprimante du tissu dartoïde nouveau, qui, dans certains cas, comme dans le goître, peut avoir de fâcheux effets.

M. Lebert. Je demande à présenter quelques considérations sur la résolution du goître. Pendant mon séjour en Suisse, où j'ai eu occasion de faire des observations nombreuses sur cette maladie, j'ai constaté que le goître pouvait être, au point de vue thérapeutique, divisé en deux grandes classes : 1° le goître par hypertrophie, sur lequel les préparations iodées sont fort actives; 2° le goître par transformation. Le premier seul subit la résolution, le second résiste absolument aux préparations iodées. Dans le but d'obtenir l'action résolutive du goître, il faut avoir soin de ne pas donner les proportions iodées à fortes doses. Dans ces cas, en effet, on voit bien vite survenir la cachexie iodique. Les médecins de Genève donnent l'iodure de potassium à la dose de 10, 15 et 20 centigrammes. A cette dose des accidents iodiques peuvent survenir. M. Candolle, à la fin de sa vie, a eu beaucoup de peine à se remettre de cette cachexie.

M. Larrey, tout en appréciant les recherches de M. Chassaignac sur l'action résolutive des révulsifs dans le traitement des tumeurs en général, ne croit pas que des moyens très différents les uns des autres puissent agir de la même manière. Personne ne saurait admettre que les scarifications ou les ventouses scarifiées, les vésicatoires, les cautères, les moxas, le cautère actuel, etc., aient des effets semblables sur la résolution des tumeurs. C'est, du reste, seulement après une étude plus suivie, après un examen plus rigoureux des faits, que M. Chassaignac pourra mieux en juger la valeur, et soutenir la proposition un peu vague qu'il vient d'émettre devant la Société de chirurgie.

### Trachéotomie pratiquée deux fois sur le même sujet.

M. Guersant. La Société se rappelle sans doute que j'ai lu dans son sein un travail sur la trachéotomie pratiquée deux fois avec succès sur le même individu. Tout récemment j'ai eu de nouveau

l'occasion de pratiquer sur un enfant cette opération pour la seconde fois; l'enfant est bien, et tout me fait espérer sa guérison prochaine.

M. Chassaignac. Il importe d'enregistrer le fait de M. Guersant; l peut concourir avec d'autres à éclairer cette question encore pendante de la plus grande innocuité des opérations quand elles ont répétées que lorsqu'elles sont faites pour la première fois.

**Corps étranger introduit volontairement dans l'urètre.**

M. Boché, chirurgien de l'hôpital de Blois, présente une branche le sapin introduite volontairement dans l'urètre d'un vieillard de oixante-dix ans, qui se livrait à la masturbation à l'aide de ce orps étranger. Le canal, très dilaté, permit l'introduction d'une ince à pansement avec laquelle on put retirer le corps étranger.

M. Robert. Il importe, pour pratiquer l'extraction des corps trangers arrêtés dans l'urètre, d'introduire le doigt dans le recum si le corps a pénétré profondément, ou de comprimer le périnée s'il est encore dans la région pénienne, afin de l'empêcher de énétrer dans la vessie pendant les tentatives que l'on fait pour extraire.

M. Demarquay. Pour prouver jusqu'à quel point peut être portée dépravation vénérienne de certains individus, je demande à citer fait suivant :

Il y a quelques années, un homme d'un certain âge se présenta l'Hôtel-Dieu pour se faire arrêter une hémorrhagie dont le point départ était dans la région scrotale ; il existait, en effet, dans ce oint, une plaie assez profonde qui avait intéressé l'artère testicuire. Cette artère liée, nous examinâmes avec soin la région scrole, et nous découvrîmes une série de cicatrices. Le blessé, interrogé, finit par avouer que, pour augmenter ses jouissances pendant cte de la masturbation, il se faisait une petite incision dans la gion scrotale ; l'incision, cette fois, avait été poussée un peu plus in qu'il ne le voulait : de là une hémorrhagie qu'il avait peine à rêter.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

*Séance du* 10 *février* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

**Correspondance.**

1° M. le professeur Gerdy adresse son *Traité de chirurgie pratique complète* — Première monographie : Pathologie, générale, médico-chirurgicale — afin d'obtenir le titre de membre honoraire. — M. Gerdy est nommé par acclamation membre honoraire.

2° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier*, par M. Alquié.

3° *Observation de farcin chronique avec guérison probable*, par les docteurs Alphonse Richard et Foucher.

4° *Mémoire sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, écoulement par le mamelon;* par M. Adolphe Richard.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un travail sur un cas d'hypertrophie de la prostate. (MM. Michon, Chassaignac et Monod sont chargés d'examiner le travail de M. Cazenave, et de faire un rapport.

**Présentation de malades.**

1° M. Robert présente la malade sur laquelle il a fait sur un des avant-bras plusieurs opérations pour enlever des névromes très douloureux.

2° M. Michon présente un malade affecté de la division de la voûte palatine, et demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité de l'opération.

3° M. Lenoir présente un enfant sur lequel il a réduit une luxation du pouce en avant. M. Lenoir se propose de lire une note sur cette luxation.

4° M. Paquier présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête de l'humérus gauche et du tiers supérieur de cet os pour un coup de feu qui a traversé l'omoplate, brisé le col chirurgical, et séparé la portion articulaire de la tête humérale dans le col anatomique. La balle avait traversé les tubérosités de l'os et s'est présentée à la face antérieure de l'épaule, dont elle a été ex-

aite. L'opération a été pratiquée le 12 juin 1849, sur un militaire
1 16e léger, dans la tranchée au siége de Rome.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos du procès-verbal, M. le professeur Roux revient sur
nnocuité plus grande des opérations quand elles sont répétées
usieurs fois sur la même personne. Il a eu occasion de pratiquer
usieurs fois la taille sur le même homme, et toujours avec suc-
s. Il cite à ce propos deux observations, l'une relative à un mon-
eur qui a été taillé trois fois par lui-même, l'autre est celle de
angeret, qui a été taillé sept fois par des chirurgiens différents.

Roux se demande la raison de cette innocuité; il la trouve
dans l'état moral du malade, qui, ayant déjà été opéré, est
oins impressionné de la crainte de l'opération elle-même et de ses
ites; 2° dans la modification des parties elles-mêmes; ainsi pour la
lle le malade est moins exposé à l'hémorrhagie et à l'infiltration
ineuse.

M. Chassaignac. Je regrette que M. Roux n'ait point parlé de
pération de la cataracte. J'ai constaté que les malades éprouvent
oins d'accidents inflammatoires quand, à la suite de l'opération
r abaissement, le chirurgien est obligé d'y retoucher. Il croit que
ns la cataracte par extraction elle-même, quand il survient une
aracte secondaire, il y a également moins de danger dans l'opé-
ion de cette cataracte secondaire que dans la première opé-
ion.

M. Guersant. L'enfant sur lequel j'ai pratiqué pour la seconde
s la trachéotomie est maintenant au onzième jour de l'opération.
cun accident n'est survenu.

### Calculs de l'urètre.

Rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Giral-
, Gosselin, et Demarquay, rapporteur, sur le travail de M. Le
y-d'Etiolles ayant pour titre : *Calculs volumineux ayant sé-
rné dans l'urètre pendant vingt ans, essais infructueux de la
otritie; extraction par une incision. Nouveau procédé pour ex-
ire les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre.*

Le travail de M. Le Roy, que je suis chargé de vous faire con-
tre, a été de ma part l'occasion de recherches sur les calculs
traux et sur les moyens de les extraire. Les éléments que l'on

peut recueillir sur cette question sont tellement nombreux, que ce serait dépasser les limites d'un rapport en vous les rappelant ici ; ils se trouvent d'ailleurs pour la plupart dans les ouvrages modernes qui ont été publiés sur l'affection calculeuse de la lithotritie. Je désire néanmoins fixer un instant votre attention sur le procédé opératoire, le meilleur, suivant moi, pour atteindre les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre, où souvent ils acquièrent un volume considérable et deviennent inaccessibles à tous les procédés de lithotritie. C'est, d'ailleurs, une des régions de l'urètre où ils apparaissent le plus souvent. Mais, d'abord, il faut que je vous fasse connaître le travail de notre savant confrère M. Le Roy-d'Etiolles.

Le sujet, ou plutôt l'occasion de ce travail, est un homme de soixante-dix ans, de petite taille, bien constitué; sa santé générale, malgré ses souffrances, n'est pas trop altérée. Il est affecté depuis 1816 d'un rétrécissement de l'urètre. Cette maladie est allée sans cesse en augmentant. En 1822, elle détermina une rétention d'urine. Depuis cette époque jusqu'en 1830, il a continué à se passer des sondes pour remédier aux accidents déterminés par la maladie.

Le médecin auquel il se confia en 1830 pratiqua dans l'urètre des cautérisations pour détruire, disait-il, les carnosités ; mais il ne put pénétrer dans la vessie, il était arrêté dans la portion membraneuse de l'urètre par un corps étranger qu'il reconnut être un calcul. A partir de ce moment jusqu'en 1851, le corps étranger est allé croissant. Pour pallier les douleurs qu'il occasionnait, le malade avait recours à divers moyens, parmi lesquels nous citerons les injections urétrales faites avec un liquide mucilagineux. Toutefois, le mal augmentant, le malade eut recours aux soins éclairés de M. Michon. Notre excellent confrère, ayant constaté que l'appareil instrumental de la lithotritie vulgairement employé était ici inapplicable, engagea le malade à prendre les conseils éclairés de M. Le Roy-d'Etiolles. Cet habile lithotriteur constata, comme M. Michon, l'impossibilité de saisir le calcul urétral; il eut alors la pensée de l'évider, comme il avait eu occasion de le faire une dizaine d'années auparavant dans le service de M. Breschet, sur un malade porteur du même mal. Cette tentative ne fut point heureuse. Notre ingénieux confrère fit construire alors un instrument dont la forme s'adaptait à la rigole faite par l'urine sur le calcul, il avait la

rme d'une sonde; mais dès qu'il était en place, par un méca-
sme que vous avez pu apprécier, on mettait à nu une râpe com-
sée de deux éléments mobiles, de telle sorte que, étant mise en
ı, elle était destinée à user le calcul, tout en le rendant immobile
r le mouvement alternatif des deux parties de la râpe. La mobi-
ɜ du calcul au milieu des parties molles et élastiques était la
incipale cause qui avait empêché sa perforation. Cet ingénieux
trument ne donna aucun résultat satisfaisant; il fallut recourir
ıne opération sanglante.

Quand le chirurgien veut recourir à la lithotritie pour détruire
ı calculs volumineux arrêtés et développés dans la portion mem-
ıneuse de l'urètre, où ils ont déterminé des lacunes, où souvent
sont devenus adhérents, il se trouve alors dans de si mauvaises
ıditions qu'on comprend très bien qu'il échoue le plus souvent;
difficultés sont telles, en effet, que M. Le Roy, dont personne
contestera l'habileté, a dû, dans trois circonstances, y renoncer
ır recourir à l'opération de la boutonnière. Ce qu'il importe,
ınt tout, pour pratiquer la lithotritie, c'est de pouvoir faire ma-
uvrer les instruments, saisir le calcul; or, comment le faire
ıs une cavité occupée totalement par un calcul, qui souvent pré-
te un volume considérable, s'étend du côté du bulbe, du côté
la portion prostatique de l'urètre jusque dans la vessie elle-
me, comme cela résulte d'un grand nombre de faits rapportés
M. Civiale dans son *Traité de l'affection calculeuse*?

Notre savant collègue M. Chassaignac a émis des doutes sur le
nt précis occupé par le calcul; suivant lui, les calculs extraits
ent prostatiques et non urétraux. Je ferai à notre honorable
frère les objections que lui fit dans son travail M. Le Roy:
Les calculs extraits, réunis par des facettes, comme cela se voit
s les calculs vésicaux et urétraux, offraient le volume d'un petit
et n'avaient point la composition des calculs prostatiques; de
s, ces derniers n'acquièrent jamais un volume aussi considérable,
n parle seulement de ceux qui se développent dans la prostate
-même et non dans la partie prostatique du canal. 2° Lors-
ıne sonde était introduite dans l'urètre, elle n'atteignait le corps
ınger que lorsqu'elle était arrivée sous l'arcade pubienne; le
ɜt indicateur introduit alors dans le rectum sentait très bien les
:uls et, derrière eux, la prostate. Pour toutes ces raisons, j'ad-

mets avec M. Le Roy que des calculs urétraux seuls ont été extraits.

Il résulte des considérations qui précèdent que souvent les calculs développés dans la portion membraneuse de l'urètre sont au-dessus des ressources de la lithotritie. Dans ces cas, il faut que le chirurgien intervienne armé de l'instrument tranchant. Les calculs développés dans la portion membraneuse de l'urètre sont accessibles comme ceux qui se développent dans la région pénienne par le périnée. En effet, une incision faite suivant le raphé à la façon de la taille médiane permet d'arriver sur la partie antérieure de la portion membraneuse de l'urètre; mais celle-ci est intéressée dans une trop petite étendue pour permettre l'extraction d'un corps volumineux sans que des violences soient exercées sur les parties voisines. Une autre incision plus avantageuse que la précédente permet encore au chirurgien de découvrir la partie antérieure de la région : c'est une incision courbe, comme celle que pratiquait Celse et comme celle que nous pratiquons dans la taille bilatérale. La pierre elle-même peut servir de conducteur. Cette incision courbe, que M. Le Roy-d'Etiolles avait eu la pensée de faire sur son malade, présente à peu près les mêmes inconvénients que l'incision médiane; elle ne permet d'agir que sur la partie antérieure du calcul; et, quand ce dernier est volumineux, qu'il a refoulé la prostate, distendu l'urètre, cette opération est insuffisante, et c'est à juste raison que notre confrère l'a rejetée. Il préféra une incision médiane recto-urétrale n'intéressant ni la prostate ni le sphincter. Un spéculum bivalve introduit dans le rectum permet à l'opérateur d'inciser la cloison recto-urétrale et d'extraire le calcul avec facilité, surtout lorsqu'il n'est point très gros ou qu'il est multiple, comme cela s'est rencontré sur le malade de M. Le Roy. Cette incision médiane présente encore un avantage, c'est qu'elle n'expose point à l'hémorrhagie; à côté de ces avantages, il faut l'avouer, elle a aussi ses dangers : elle met en communication l'urètre et le rectum; quand le conduit excréteur de l'urine, distendu par des masses calculeuses, est déformé, malade et qu'il ne peut que difficilement revenir sur lui-même, les matières fécales d'une part vont passer dans l'urètre, et l'urine à son tour, à chaque miction, à moins qu'une sonde ne soit toujours maintenue à demeure, passera dans le rectum : d'où des excoriations, suite naturelle et forcée du passage de l'urine. La suite presque inévitable de cette opération,

urtout chez les vieillards, est une fistule recto-urétrale. Il résulte les renseignements pris près de M. Le Roy-d'Etiolles que son malade a survécu à l'opération, mais qu'il a éprouvé de graves accidents, tels qu'infiltration d'urine, gangrène, passage des matières fécales par l'urètre, etc. ; actuellement, il reste encore une fistule recto-urétrale. Si ce procédé devait encore être employé, peut-être faudrait-il mieux inciser en même temps et la muqueuse rectale et le sphincter; de la sorte, les urines et les matières fécales s'écouleraient avec facilité, et on préviendrait peut-être le passage des matières fécales dans l'urètre et l'infiltration urineuse.

Je me suis efforcé de trouver un procédé opératoire qui offrît les avantages de l'incision recto-urétrale sans en avoir les inconvénients. Voici le procédé opératoire auquel je me suis arrêté.

Une incision courbe, partant des parties latérales de l'anus, passant à huit ou dix lignes de cet orifice et intéressant toute la circonférence antérieure de cet organe, comme si le chirurgien voulait en faire l'ablation, respectant le bulbe et coupant les fibres du sphincter anal qui vont dans ce dernier organe, conduit dans l'espace triangulaire compris entre le rectum et l'urètre. Le doigt porté dans cette incision donne la sensation du cathéter ou du calcul urétral. Le rectum, dans ce point, étant réuni à l'urètre par un tissu cellulaire lâche, se laisse disséquer avec facilité. Lorsque cette dissection a été poussée jusqu'à une certaine limite, le doigt, en déprimant la paroi antérieure de cet organe, fait apercevoir les fibres antérieures du releveur de l'anus, la portion membraneuse de l'urètre, la partie postérieure du bulbe et la partie antérieure de la prostate; l'œil et le toucher permettent de reconnaître à coup sûr les parties que je viens d'indiquer.

Si donc on veut extraire un calcul de la région membraneuse de l'urètre, une incision d'avant en arrière permettra aisément cette extraction. Si même il se prolonge au côté de la prostate, il est encore facile de l'extraire en intéressant la partie antérieure de cette glande, de la même façon que s'il s'étendait du côté du bulbe; une incision faite sur la ligne médiane et perpendiculaire à l'incision courbe permettrait encore au chirurgien de l'atteindre, en intéressant le bulbe, il est vrai. Ce qui, suivant moi, n'[illegible] point une chose bien grave, en raison de l'importance d[illegible] Cette opération est facile à exécuter; elle n'expose [illegible] an-

gie, car les hémorrhoïdales antérieures seules sont intéressées, et le chirurgien peut les lier avec facilité. De plus, elle permet d'attaquer le calcul par sa partie médiane, avantage que n'ont pas les incisions médianes et courbes dans lesquelles on n'intéresse que la partie antérieure de l'urètre. Cette opération n'a point les désavantages de la boutonnière recto-urétrale. Dans cette opération les urines ne coulent point de l'urètre dans le rectum ; elles ne déterminent point fatalement chez les vieillards une fistule recto-urétrale. Sans doute cette opération, comme bien d'autres, a ses désavantages, si la sonde que l'on doit faire passer de l'urètre dans la vessie ne livre pas un passage complet et facile aux urines. Celles-ci peuvent déterminer, par leur passage sur le tissu cellulaire lâche du rectum, une inflammation vive, de la gangrène même. Mais cet inconvénient peut être évité par l'introduction d'une sonde convenable pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Il peut encore se faire que la paroi antérieure du rectum ne se réunisse point complétement à la portion membraneuse de l'urètre, et qu'une fistule périnéale persiste; mais ces inconvénients ne sont rien auprès d'une fistule recto-urétrale, sur laquelle le chirurgien a peu de prise, tandis qu'il peut agir sur une fistule périnéale, soit pour la guérir, soit pour en pallier les fâcheux effets.

Cette opération a encore un grand avantage que je ne puis omettre dans ce moment, où la chirurgie cherche à rétablir par une opération la continuité de l'urètre, interrompu par un rétrécissement complet occupant la partie profonde de ce canal.

L'opération que je propose permet au chirurgien d'arriver sûrement sur la partie intérieure de la prostate, qu'il est aisé de reconnaître ; grâce à cette circonstance, il devient facile de retrouver la partie vésicale du canal, puisque cette partie de l'urètre est rarement, si elle l'est jamais, le siége d'un rétrécissement. Sans doute chez les vieillards, où la prostate peut être hypertrophiée, déformée et affectée de tumeurs vives, cette opération présente moins d'avantages; mais elle peut encore, même dans ces circonstances, rendre de grands services. D'ailleurs, on comprend que le chirurgien peut encore recourir à cette opération pour extraire des calculs arrêtés dans la prostate elle-même quand la lithotritie ne peut pas en faire justice, et qu'il est urgent de débarrasser le malade. Il est d'autres avantages sur lesquels je ne m'arrête point ici. C'est à

l'aide d'une opération de ce genre que M. le professeur Sédillot est arrivé à retrouver la portion vésicale du canal dans une de ces opérations qu'il a pratiquées avec succès pour rétablir la continuité de l'urètre. Opération qu'il a dû faire sans conducteur.

**Discussion.**

M. Robert. En examinant le dessin que M. Demarquay a fait passer sous les yeux de la Société, il me semble qu'il s'est plus approché du rectum qu'il ne le faisait quand il s'exerçait au procédé opératoire qu'il vient de faire connaître. En agissant de la sorte il s'éloigne du bulbe, mais il s'expose à blesser l'ampoule rectale, très développée chez la plupart des vieillards. D'ailleurs, en opérant ainsi, il dénude un peu le rectum. M. Demarquay, outre l'extraction des calculs, propose, de plus, son procédé comme moyen de retrouver la portion vésicale du canal de l'urètre.

Dans un cas où j'avais à rétablir la continuité du canal chez un individu qui l'avait complétement interrompu, j'ai préféré recourir au cathétérisme forcé, et rétablir, à l'aide d'une sonde à dard, le canal de l'urètre interrompu dans sa partie profonde. Grâce à cette opération, je pus rétablir le cours naturel des urines; des sondes furent introduites dans l'urètre; et quand le malade quitta l'hôpital, il introduisait facilement une sonde n° 10.

M. Demarquay. C'est à la distance de 8 à 10 lignes de l'orifice anal que je pratique l'incision. En agissant ainsi, et avec précaution, la fin du gros intestin ne court aucun risque.

M. Michon. Lorsque j'ai vu pour la première fois le malade de M. Leroy, j'avais déclaré la lithotritie impraticable; j'avais même pris jour pour l'opérer. Je regrette que M. Demarquay n'ait point insisté sur les suites de l'opération; d'autant plus qu'il semble donner trop d'éloges au procédé opératoire employé par M. Leroy. La gangrène et l'infiltration urineuse qui sont survenues pourraient, en partie du moins, être mises sur le compte de ce procédé. M. Demarquay a eu raison de dire que l'idée de l'opération qu'il propose serait venue à l'esprit de tout chirurgien anatomiste.

Chez M. Durosier, que je vis avec sept de mes collègues, je déclarai aussi la lithotritie inapplicable; néanmoins des tentatives furent faites par M. Leroy, et il fallut aller à la recherche de cha-

que fragment, et la forte constitution du malade ne put le garantir d'une fatale fin.

M. Demarquay. Je n'ai point fait l'éloge du procédé préféré par M. Leroy. J'ai dit quels étaient ses avantages et ses inconvénients. Je l'ai rejeté, ne conservant pour celui que j'ai décrit que ce qu'il y a de bon.

M. Huguier. Les craintes que M. Robert a émises relativement à la blessure du gros intestin par le procédé de M. Demarquay, que j'accepte complétement d'ailleurs, ne me paraissent point fondées. J'ai pu établir des vagins absents congénitalement en passant entre le rectum, d'une part, et la vessie, de l'autre, sans endommager la fin du gros intestin. D'ailleurs, une piqûre à l'intestin n'est point une chose bien grave, et on peut toujours éviter cette lésion en portant un doigt dans le rectum pendant qu'on l'isole des parties voisines.

M. Guersant. Chez un enfant, M. Houzelot avait été obligé de faire une ponction de la vessie pour une oblitération du canal ayant son siége dans la portion membraneuse de l'urètre, et résultant d'une chute sur le périnée. Dans ce cas, une incision courbe faite au-devant de l'anus me permit d'atteindre le mal et de rétablir la continuité de l'urètre.

M. Chassaignac. Je désire qu'il ressorte bien de cette discussion que la lithotritie appliquée aux calculs de la portion membraneuse de l'urètre est une mauvaise opération. Aux faits déjà cités, j'en ajouterai deux autres que j'ai observés, l'un à la Charité, l'autre à Necker. Les tentatives de lithotritie faites dans ces cas ont été sans résultat ou désastreuses.

M. Morel. Je me demande si, dans le cas d'interruption de l'urètre dans sa partie profonde, on ne pourrait point rétablir la continuité de ce canal en faisant un double cathétérisme, l'un de dehors en dedans, par l'urètre, l'autre de dedans en dehors, en ponctionnant la vessie. Cela fait, on rétablirait la continuité du canal à l'aide d'une sonde conique, au moyen de laquelle les deux parties du canal seraient mises en continuité.

M. Demarquay. Je crois que M. Chassaignac a été trop absolu en rejetant toute opération de lithotritie faite dans l'urètre pour détruire les calculs profondément placés. Je suis de son avis; quand il s'agit

de calculs volumineux développés dans ce point, la lithotritie est facile et doit être faite.

M. Chassaignac. Je ferai observer à M. Morel que l'idée de faire passer une sonde de la cavité vésicale dans l'urètre n'est pas nouvelle. J'ai insisté plusieurs fois ici, au sein de la Société, sur les avantages de ce procédé, et je l'ai mis à exécution à l'hôpital de la Charité, en 1844, ainsi que cela résulte d'une leçon publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 17 septembre 1844. Deux sondes métalliques furent poussées à la rencontre l'une de l'autre et reconstituèrent un canal perméable plus tard aux sondes élastiques.

M. Morel. Je ferai observer à M. Chassaignac que c'est Verdrim qui a eu la pensée de faire le cathétérisme de l'urètre par la cavité vésicale.

M. Lenoir. J'ai eu occasion d'observer le malade de M. Robert à Necker; il n'est point guéri; plusieurs fois on lui a passé des sondes pendant un temps assez long; mais dès qu'il est sorti de l'hôpital le rétrécissement se reproduisit de suite. La difficulté de ces opérations est d'entretenir la perméabilité du canal. Je ne crois pas que l'on puisse établir un canal permanent au milieu d'un tissu inodulaire.

**Tumeur fibreuse de l'utérus.**

M. Huguier présente une tumeur fibreuse intra-utérine enlevée quinze jours après l'accouchement.

**Lipome.**

M. Demarquay présente un lipome du volume d'un gros œuf de pigeon, développé dans l'épaisseur de la lèvre inférieure.

M. Chassaignac a observé, à l'hôpital Saint-Antoine, un lipome semblable chez un vieillard atteint de cancer de la langue.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du* 17 *février* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un enfant sur lequel on observe une déformation du coude; il croit que cette déviation est due à une fracture de la partie supérieure de l'humérus.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Des fistules ossifluentes de la face et de la carie alvéolaire latente*, par M. Chassaignac;

2° *Recherches sur les causes des déplacements du tibia sur le fémur dans les arthropathies du genou*, par M. Ferdinand Martin.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

**Cathétérisme.**

M. Morel-Lavallée a la parole à l'occasion du procès-verbal. Je désire, dit-il, rétablir en deux mots la question du cathétérisme par l'intérieur de la vessie.

1° Dans un cas de rupture traumatique de l'urètre, Verguin, de Toulon, ayant vainement essayé le cathétérisme ordinaire pour faire cesser la rétention d'urine, fit la ponction de la vessie par-dessus le pubis. Voyant que la sonde introduite par le méat urinaire, arrivée à la rupture de l'urètre, ne pouvait s'engager dans l'extrémité postérieure de ce canal, il eut l'ingénieuse idée de passer une sonde dans la vessie par son ouverture hypogastrique, de la faire pénétrer dans l'urètre par le col vésical jusqu'à la rupture du canal. Une fois que ces deux sondes, celle introduite par le méat et celle introduite par la vessie, furent arrivées au contact l'une de l'autre dans la plaie urétrale, il retira doucement celle de la vessie en même temps qu'il la faisait suivre par celle de l'urètre, qu'il enfonçait à mesure qu'il retirait l'autre. De cette façon, la sonde passée par le méat parvint, en suivant l'autre, à franchir l'obstacle et à pénétrer dans la vessie.

2° M. Chassaignac conçut et exécuta depuis, de son côté, la même opération pour un cas d'hypertrophie de la prostate, et avec un plein succès.

3° Enfin, je proposais, dans le cas de rétrécissement organique grave de l'urètre, avec impossibilité de pénétrer dans la vessie par le méat, de profiter d'une ponction hypogastrique de la vessie pour pratiquer le cathétérisme forcé de l'urètre avec une sonde conique, ou même une sonde à dard introduite par la vessie, en même temps qu'une sonde passée dans la partie libre de l'urètre viendrait à la rencontre du premier instrument. De cette façon, l'instrument introduit par la vessie dans l'urètre étant parvenu au périnée, il serait facile de le gouverner, de le diriger avec le doigt, ce qui eût

été parfaitement applicable au cas de M. Guersant. On serait moins exposé à faire des fausses routes graves qu'avec le cathétérisme forcé ordinaire, que j'ai vu conduire dans le rectum.

Dans les rétrécissements très graves, compliqués d'indurations, de fistules, etc., ne pourrait-on pas, dans ce but, pratiquer la ponction préalable de la vessie, ponction peu sérieuse, comme l'a depuis longtemps démontré M. Gerdy, ce qui est aussi conforme à l'expérience de M. Roux, comme vous avez pu le voir dans la dernière séance?

M. Chassaignac. Je désire présenter une seule observation. C'est en 1846 que j'ai eu l'idée de rétablir la continuité de l'urètre par deux sondes, l'une introduite par l'urètre et l'autre par la vessie.

### Luxation en avant de la première phalange du pouce.

M. Lenoir. J'ai l'honneur de présenter à la Société le cas rare d'une luxation en avant de la première phalange du pouce sur son métacarpien. Le dessin que j'ai fait faire de la difformité que présentait le malade lors de son entrée à l'hôpital établira la réalité de ce déplacement articulaire, et l'examen du malade lui-même, que j'ai amené ici au commencement de la dernière séance, vous a montré qu'on peut réduire ce déplacement même après cinq semaines d'existence.

Voici cette observation.

Louis C..., âgé de treize ans, peu développé pour son âge, mais bien portant du reste, a été conduit à l'hôpital Necker le 2 février 1852; il portait au pouce gauche une difformité, sur laquelle il nous donne les détails suivants :

Le 25 décembre dernier il traversait un pont en tenant dans sa main gauche un sou. Eloigné un instant de son père, avec qui il était, et voulant le rejoindre, il fit un faux pas et tomba en avant. Il serrait alors cette pièce de monnaie entre la paume de sa main et la face palmaire de son pouce, dont la seconde phalange était fortement fléchie sur la première. C'est dans cette position que sa main gauche rencontra le plancher du pont; il est dès lors facile de comprendre que tout le poids de son corps porta sur la face dorsale de son pouce fléchi, et que ce poids dut être augmenté par la vitesse de la course à laquelle il se livrait alors. Ce fut seulement en se relevant qu'il s'aperçut de l'accident qui lui était arrivé,

car pendant sa chute il n'avait entendu aucun craquement et n'avait ressenti que peu de douleur. Conduit immédiatement chez un pharmacien voisin, on lui appliqua sur la main un cataplasme de grande consoude.

Quelle forme avait alors son pouce? Nous l'ignorons; mais voici ce que nous constatâmes le 2 février, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, époque à laquelle il nous fut présenté par le docteur Thayer, médecin à Saint-Cloud.

A la face dorsale du pouce gauche il existe une assez forte saillie formée par la tête du premier métacarpien. Cette saillie semble plus proéminente en dehors qu'en dedans; ce qui augmente un peu le diamètre transverse de cette tête. Du côté de la face palmaire il existe une autre saillie placée un peu au-dessus de la précédente, et formée, comme celle-ci, par la base de la première phalange de ce doigt. Quoique non fléchi, le pouce entier, par suite de ce déplacement, est sensiblement raccourci, et de plus il a subi un mouvement de rotation sur son axe, qui a amené la pulpe de sa dernière phalange directement en face du côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Il n'y a pas de mouvements possibles, ou du moins ceux qu'on veut communiquer sont très douloureux. Du reste, il n'existe plus de gonflement ni de traces de contusion sur ce doigt. Il était facile de reconnaître, dans ce cas, une *luxation en avant* de la première phalange du pouce. Je cherchai immédiatement à en opérer la réduction. A cet effet, je saisis la première phalange du pouce entre les deux mors de la pince à fourche inventée il y a quelques années par M. Lüer, pinces dont vous connaissez tous les avantages, si vous avez réduit avec elles des luxations de doigts ou d'orteils. Après avoir fait immobiliser par un aide le premier métacarpien, j'exerçai sur cette phalange des tractions directes en avant, en même temps qu'avec le pouce de mon autre main je poussais sa base dans le même sens. Cette tentative n'eut aucun succès. J'eus alors l'idée d'exagérer la flexion de cette même phalange sur le métacarpien, et d'amener la base du premier de ces os au niveau de la tête du second. Puis, quand, à l'aide de tractions ménagées faites avec les pinces, je crus avoir mis les parties articulaires de ces os en contact, je redressai vivement la phalange, et par un mouvement de traction continué et combiné avec un mouvement de torsion en dedans, je

donnai au pouce sa longueur et sa direction normales. La réduction fut ainsi obtenue, et j'ajoute sans douleur, car l'enfant avait préalablement été rendu insensible par l'inspiration de quelques gouttes de chloroforme. Cette dernière manœuvre de réduction m'avait été suggérée par ce que m'avait appris la dissection d'une main sur laquelle j'avais produit à la hâte quelques instants auparavant une pareille luxation, et qui m'avait montré que l'obstacle le plus grand à la réduction de la première phalange venait du tendon du long fléchisseur propre du pouce, soulevé par la phalange déplacée, et par conséquent mis dans un état de tension. Or dans la flexion du pouce sur son métacarpien, cet obstacle disparaît, de même que celui que peut produire en même temps la rigidité des muscles courts fléchisseurs et court abducteur du pouce.

Les suites de cette réduction furent très simples. Je maintins la phalange en place avec deux petites attelles de carton soutenues par une bandelette de diachylon, et je m'opposai ainsi à un déplacement consécutif qui était très facile. Vous avez vu le malade huit jours après cette réduction, et il ne restait qu'un peu de gonflement au côté externe de son métacarpien.

Je vous ai présenté cette observation avec quelques détails, parce que la lésion qui en fait le sujet est assez rare. En effet, notre collègue Nélaton déclare dans son livre qu'il n'en a trouvé que quatre cas bien authentiques consignés dans les annales de la science, et dans lesquels on n'a pu réduire qu'une seule fois.

J'aurais voulu rendre cette communication moins aride en l'accompagnant de recherches suivies sur le mécanisme de la luxation de la première phalange du pouce en avant, et sur la meilleure manœuvre qu'il convient d'employer pour obtenir la réduction. Malheureusement le temps m'a manqué ; mais je prends l'engagement de faire ces recherches et de vous les communiquer.

**Discussion.**

M. Cloquet croit, avec M. Lenoir, que le long fléchisseur et quelques autres muscles peuvent s'opposer à la réduction de ces luxations. Il propose la pince imaginée dans ces derniers temps comme étant l'instrument le plus commode pour réduire ces sortes de luxations.

M. Roux. Les luxations du pouce sont généralement difficiles à

réduire. J'ai pu, il y a quelque temps, sur un malade de M. Demarquay, réduire une luxation du pouce en arrière qui avait déjà résisté à plusieurs tractions, et qui céda sous l'influence d'un mouvement de rotation imprimé à la phalange. Ce mouvement, qui a eu un résultat heureux, a été l'occasion de recherches de la part de M. Demarquay, desquelles il est résulté l'indication d'un procédé de réduction de ces luxations très rationnel.

M. Marjolin demande à M. Lenoir s'il a bien examiné la main du côté opposé. Cela est d'autant plus important que certaines personnes jouissent de la faculté de produire à volonté une demi-luxation de la première phalange du pouce sur le premier métacarpien; M. Marjolin père, comme beaucoup de personnes le savent, avait cette faculté à un haut degré.

M. Larrey cite aussi un cas de luxation métacarpo-phalangienne du pouce datant de six jours, irréductible par les tractions ordinaires, et qu'il a réduite assez facilement à l'aide de la pince de M. Lüer et du mouvement de torsion employé par M. Roux et signalé par M. Demarquay; mais M. Larrey n'insiste pas sur ce fait, parce qu'il se rapporte également à la luxation fréquente en arrière, tandis que le cas présenté par M. Lenoir doit limiter la question à la luxation rare ou en avant.

### Exploration de la rétine et du cristallin.

M. Follin lit un travail ayant pour titre : *De l'exploration de la rétine et du cristallin à l'aide d'un instrument d'optique* (*speculum oculi*). Une commission, composée de MM. Lenoir, Maisonneuve, Chassaignac, est chargée de faire un rapport sur le travail de M. Follin.

### Polype du pharynx. — Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente un maxillaire supérieur droit sain enlevé par lui, afin de pouvoir pratiquer l'ablation d'un polype du pharynx qui envoyait un prolongement considérable dans la narine correspondante, et un autre qui contournait la partie postérieure du maxillaire et venait faire saillie dans la région génienne; une petite portion s'élevait du côté de l'apophyse basilaire. Une incision partant de la partie médiane du nez et s'étendant jusque sur la lèvre supérieure et une autre incision partant de la com-

nissure pour se porter au dehors permirent au chirurgien de disséquer un large lambeau, et de le relever de façon à mettre à nu oute la surface osseuse de la joue droite; à l'aide d'une scie à haîne, il fit la section de l'os malaire, de l'apophyse montante du naxillaire et de la voûte palatine. Le maxillaire enlevé, M. Maiionneuve put avec grande facilité enlever le polype pharyngien, ainsi ue ses prolongements. Plusieurs chirurgiens, ajoute M. Maisonieuve, ont déjà pratiqué cette ablation avec succès; en France, ette opération a été faite par M. Flaubert (de Rouen) et M. Roert, et, en Belgique, par un chirurgien distingué dont le nom n'échappe.

M. Giraldès. Le fait rapporté par M. Maisonneuve est fort intéessant; il vient, avec quelques autres faits qui se trouvent dans la cience, compléter l'histoire des polypes pharyngiens, en démonrant que ces productions peuvent contourner la partie postérieure u maxillaire pour se porter du côté de la joue. M. Huette, chirurien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, a rencontré un cas out semblable à celui de M. Maisonneuve. Une autre observation e trouve encore dans les *Archives*.

M. Huguier. J'ai été obligé dans une circonstance de détruire la aroi antérieure du sinus maxillaire, d'enlever l'apophyse montante u même os pour arriver sur le pédicule d'un polype; dans ce cas, ne incision partant de la partie interne de l'œil et tombant sur la èvre supérieure me permit de disséquer les parties molles de la oue et de les rejeter au dehors. De la sorte, j'ai pu conserver la oûte palatine : peut-être que M. Maisonneuve aurait pu agir de a même façon.

Le malade a été présenté guéri à la Société.

M. Chassaignac. Je crois qu'il eût été possible et avantageux de onserver le plancher de l'orbite. Quant à l'usage de la scie à haîne dans cette opération, j'en suis tout à fait partisan, et je rois être le premier qui ai démontré dans mes cours tout le parti ue l'on peut tirer de cet instrument dans l'ablation du maxillaire upérieur. En la faisant passer par la fente sphéno-maxillaire, on ait une section nette et on évite les éclats.

M. Maisonneuve revient de nouveau sur les procédés opératoires u'il a suivis et déclare que depuis plusieurs années il se sert de la cie à chaîne pour pratiquer l'ablation du maxillaire supérieur.

M. Roux. La science doit recueillir avec soin les cas de polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx, surtout quand le chirurgien a pu les faire disparaître par un procédé opératoire nouveau. Comme beaucoup de mes collègues, j'ai eu à traiter un certain nombre de ces polypes, et dans un cas où un polype des fosses nasales avait déformé le nez et se portait au dehors, en même temps qu'il avait détruit une partie de la voûte palatine, j'ai pu, grâce à une incision faite sur la partie latérale du nez du côté correspondant au polype, disséquer un lambeau, que je rejetai au dehors, ce qui mettait largement à nu la narine correspondante et l'apophyse montante du maxillaire. Je pus alors avec des ciseaux aller couper le pédicule du polype et en pratiquer l'ablation. Les parties molles furent réunies, et, grâce à une petite opération autoplastique, j'ai pu faire disparaître jusqu'aux traces du polype.

M. le professeur Gerdy. L'opération de M. Maisonneuve est une opération bien faite et bien entendue; on peut cependant se demander si elle était indispensable. On trouve dans les annales de l'art une observation de Manne qui prouve que le chirurgien peut, à l'aide d'une série d'opérations, arriver à pratiquer l'ablation des polypes de l'arrière-gorge et des fosses nasales sans faire courir au malade des accidents sérieux. L'ablation du maxillaire supérieur est une opération grave qui entraîne souvent la mort par infection purulente. D'ailleurs qui ne sait que la mort peut survenir à la suite d'opérations légères pratiquées sur la face? Je l'ai vue survenir à la suite d'un coup de couteau reçu dans cette région qui occasionna une opération d'autoplastie faite pour réparer l'aile du nez par Dieffenbach. D'ailleurs ces opérations si graves faites pour obtenir la guérison des polypes ne guérissent pas toujours. J'aurais donc préféré attaquer le polype par des opérations successives faites dans le but d'enlever :

1° La partie antérieure ;

2° Par une incision médiane du voile du palais, on aurait pu enlever la partie postérieure sans faire courir de dangers au malade.

M. Maisonneuve. Je crains que M. Gerdy ne se soit pas bien rendu compte des circonstances dans lesquelles je me suis trouvé. Il m'eût fallu faire au moins trois opérations, assez sérieuses d'ailleurs, pour arriver au résultat que je voulais atteindre ; encore je ne suis

pas certain qu'on puisse y arriver. Quant au lobule qui allait s'implanter à l'apophyse basilaire, il eût été impossible de l'enlever, même à l'aide de ces trois opérations. Je ne crois pas que l'opération du maxillaire supérieur, faite dans de bonnes conditions, soit une opération bien grave; j'ai vu des malades guérir de cette opération en neuf jours, et je préfère l'ablation du maxillaire, qui permet au chirurgien d'enlever complétement un polype pharyngien, à une série d'opérations sérieuses qui ne mènent pas aussi sûrement au même résultat.

M. Cloquet. Je désire appeler un instant l'attention de la Société sur un fait qui me paraît intéressant. Dans deux circonstances, j'ai trouvé au centre de polypes des productions osseuses. Dans un polype du pharynx que j'ai enlevé chez une jeune fille, j'ai trouvé dans le centre du pédicule un petit os. Dans un polype muqueux, j'ai trouvé au centre une espèce de sphère osseuse qui contenait une certaine quantité de matière muqueuse.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 25 *février* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

### PRÉSENTATION DE MALADES.

**Paralysie du nerf moteur oculaire commun.**

M. Chassaignac présente deux malades.

Le premier est un homme de soixante-quatre ans, tisserand, entré à l'hôpital Saint-Antoine depuis une huitaine de jours. Cet homme, qui a eu plusieurs accès de goutte, a déjà été atteint de l'accident pour lequel il se présente aujourd'hui. C'est une paralysie de la troisième paire, ou moteur oculaire commun. Ce n'est point pour ce fait, devenu en quelque sorte banal, que le malade est présenté à la Société. Mais c'est parce que la paralysie, dans le cas particulier, appartient à cette variété curieuse dans laquelle il n'y a pas de mydriase, ou dilatation anormale de la pupille. L'anomalie consistait dans l'absence de ce signe habituel de la paralysie du moteur commun, qui s'expliquerait par l'absence, dans les cas

de ce genre, de la racine motrice que ce nerf envoie au ganglion ophthalmique, et qui serait remplacée, ainsi que l'a vu Pourfour du Petit, par une racine motrice émanant de la sixième paire, ou moteur oculaire externe. Les faits cliniques de ce genre ont une importance réelle en ophthalmologie. Il existe aussi chez ce malade cette saillie du globe oculaire désignée par Ch. Bell sous le nom d'*ophthalmoptosis* et, de plus, le phénomène de la diplopie superposée.

**Corps étranger dans le scrotum.**

Le second malade est également un vieillard chez lequel existe à gauche une hydrocèle avec présence dans la tunique vaginale d'un corps flottant d'une dureté pierreuse qui a le volume d'une noisette, mais avec des formes anguleuses et comme cubiques. On avait cru d'abord à la transformation crétacée d'un produit tuberculeux. Quelle est la nature de ce corps? Est-il, ainsi que M. Lenoir dit en avoir vu un exemple, composé de matière cartilagineuse? Serait-ce un amas de cholestérine? Cette supposition repose, suivant M. Chassaignac, sur ce qu'il a déjà eu l'occasion de constater la présence de cristaux de ce genre dans l'hydrocèle. Il y a cette différence, que le liquide était noir, tandis qu'ici il est d'une transparence non douteuse.

**Luxation du coude.**

M. le professeur Roux cite un cas de luxation du coude méconnue et réduite au cinquantième jour. Déjà ce professeur a eu occasion de réduire douze luxations du coude méconnues, après un temps plus ou moins éloigné de l'accident, et toujours avec succès. Il se demande s'il n'y aurait point à rechercher les causes qui induisent le chirurgien en erreur et lui font méconnaître cette luxation.

**Polypes du pharynx.**

M. Robert. Le fait communiqué récemment par M. Maisonneuve est en tout point conforme à ceux que j'ai eu occasion d'observer. Le prolongement que ces sortes de polypes envoient en contournant la partie postérieure du maxillaire est tellement commun, que dans un cas j'ai pu soupçonner un polype pharyngien à la présence d'une tumeur située dans la région génienne. Le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, me fit découvrir le polype que j'a-

vais soupçonné. Ces polypes pharyngiens ne s'implantent point toujours dans le pharynx; c'est souvent en dehors de cet organe, aux environs du trou déchiré antérieur, dans le tissu fibro-cartilagineux que l'on rencontre dans ce point, que les polypes pharyngiens viennent s'implanter; après avoir pris racine dans le point que je viens d'indiquer, ils pénètrent dans le pharynx en passant à travers le tissu lâche qui forme la partie supérieure de la première partie du tube digestif. Une fois nés dans ce point, on comprend facilement le prolongement qu'ils envoient du côté des fosses nasales et au pourtour du maxillaire postérieur. En raison de la disposition de ces polypes, je ne crois point à la possibilité de les enlever par des opérations partielles, comme le veut M. le professeur Gerdy. Il faut du jour pour pratiquer ces ablations, et le moyen d'en avoir, c'est d'enlever le maxillaire supérieur correspondant au polype. Sur dix malades auxquels cette ablation a été faite par moi, je n'en ai pas perdu un seul à la suite de ces opérations. Pour détruire définitivement le point d'implantation du polype, j'ai été obligé de faire des cautérisations avec le fer rouge, le caustique de Vienne. Comment faire ces cautérisations si le maxillaire n'est point enlevé?

M. Gerdy. Ce que vient de dire M. Robert sur le point d'implantation de ces polypes me frappe. Cette observation mérite d'être consignée. Néanmoins, je crois que le chirurgien peut arriver à débarrasser son malade de polypes développés dans le pharynx sans enlever le maxillaire supérieur. Il peut se donner du jour soit en fendant le voile du palais, soit en faisant disparaître l'apophyse montante du maxillaire supérieur, soit encore en ouvrant largement le sinus maxillaire. Par ces opérations, le chirurgien conserve la charpente de la face. Il se donne tout le jour nécessaire pour terminer son opération; il peut même, grâce à ces opérations, agir sur le pédicule du polype, soit pour le couper avec des pinces incisives, soit pour en cautériser le pédicule. S'il survenait une hémorrhagie, un tamponnement bien fait en aurait facilement raison. En un mot, je crois que la manière de faire de Manne est la meilleure, et je m'élève contre l'ablation complète du maxillaire comme moyen de favoriser la destruction d'un polype pharyngien.

M. Robert. Je connais l'opération de Manne; mais je ne vois pas qu'elle soit applicable aux cas actuels, à cause des prolonge-

ments de ces productions fibreuses; d'ailleurs, Manne avait affaire à un polype pharyngien avec prolongement dans les fosses nasales. Je ne crois même pas que l'opération imaginée par M. Nélaton soit applicable aux cas qui sont maintenant en discussion. Il s'agit ici bien plutôt de productions fibreuses extra-pharyngiennes avec prolongement dans cette cavité que d'un véritable polype. Les opérations fractionnées que proposent M. Gerdy exposeraient à des accidents hémorrhagiques redoutables. Dans un cas du genre de ceux qui nous occupent, voulant enlever une portion de ces productions, je déterminai une hémorrhagie grave que j'eus de la peine à arrêter.

M. Chassaignac. Avant de se décider à mettre en usage le procédé opératoire vanté par M. Robert, ou celui préconisé par M. Gerdy, il importe d'établir un diagnostic précis. Si on a affaire à une production fibreuse extra-pharyngienne, comme celle que M. Robert a rencontrée, je crois qu'il est avantageux de faire l'ablation du maxillaire, tandis que dans le cas de véritables polypes pharyngiens je me déciderais plutôt pour le procédé opératoire de M. Gerdy.

M. Huguier insiste sur l'importance de déterminer l'implantation des productions fibreuses de l'arrière-gorge. L'année dernière il a eu occasion de voir un jeune homme qui portait une de ces productions polypeuses de l'arrière-gorge, de constater que ce produit morbide avait envahi le sinus sphénoïdal et avait pénétré jusqu'à la base du cerveau, qu'il avait contracté des adhérences avec l'apophyse basilaire, les ophyses ptérygoïdes. Une chose importante à noter, c'est que les parties superficielles et profondes n'ont pas la même vascularité. La partie antérieure était fibreuse, peu vasculaire, tandis que la partie profonde a une grande vascularité.

M. Chassaignac insiste sur la difficulté de déterminer le lieu d'implantation de ces polypes, et croit que, lorsqu'ils sont très vasculaires, le procédé opératoire de M. Robert doit être préféré.

### Ouvrages adressés à la Société.

*Etudes anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule*; par le docteur Follin.

— *Recherches sur un cas remarquable d'hermaphrodisme*; par le même.

— *Recherches sur les corps de Wolf*; par le même.

**Rapport de M. Larrey sur le Traité de la méthode amovo-inamovible de M. Seutin (de Bruxelles) (1).**

Messieurs, la Société de chirurgie a reçu dans l'une de ses dernières séances un livre dont l'auteur, fort célèbre en Belgique, est aussi connu en France. M. Seutin nous a adressé son *Traité de la méthode amovo-inamovible*, en demandant le titre de membre correspondant.

Le rapport verbal que je dois faire sur cet ouvrage a seulement pour but de vous en indiquer l'ensemble et la composition, sans en discuter les principes, sans en exposer les détails. Cette tâche serait d'ailleurs plus délicate pour moi que pour tout autre, puisque je serais entraîné peut-être par la discussion à revendiquer l'idée première de la méthode amovo-inamovible en faveur de celui qui, dès le début de sa longue carrière, avait adopté la pratique générale des pansements rares et des appareils inamovibles. Laissant donc de côté ce que j'ai écrit à ce sujet (2), il y a une vingtaine d'années, sur la pratique de mon père, je dois reconnaître tout d'abord que M. Seutin rend justice aux travaux de ses devanciers. L'habile chirurgien belge commence même l'historique de son ouvrage par ces mots de Zimmermann : « C'est l'expérience des autres qui doit nous instruire... » Après avoir exposé les progrès de l'art dans l'emploi des méthodes antérieures à la sienne, il en indique les points de ressemblance pour différencier celle-ci des autres et lui assigner les caractères d'une méthode nouvelle. Il s'en déclare l'inventeur, et lui assigne comme avantages propres :

1° D'être amovo-inamovible ;

---

(1) *Traité de la méthode amovo-inamovible*, comprenant des recherches historiques sur l'origine et la constitution de cette méthode, l'exposé de ses principes, de ses caractères et de ses procédés, et ses applications cliniques aux divers ordres de lésions et maladies chirurgicales ; par le docteur Seutin, avec 11 à figures intercalées dans le texte. — 1851.

(2) *Traitement des fractures des membres par l'appareil inamovible*. Thèse inaugurale, 1832.

2° De s'appliquer non-seulement aux fractures, mais à d'autres affections;

3° De pouvoir se combiner avec les pansements;

4° De hâter l'époque des mouvements sans nuire à la consolidation.

M. Seutin était en droit de critiquer les appareils différents du sien et de citer avec éloge ceux qui s'en rapprochent davantage; il a usé de ce droit-là avec la confiance d'un auteur qui a foi en lui-même et dans ses œuvres, comme l'annoncent les conclusions générales formulées par lui à la fin de la partie historique de son livre.

La deuxième partie est l'exposé des principes de la méthode amovo-inamovible, retraçant les avantages déjà signalés. La préparation de l'appareil, composé de bandes roulées, de bandelettes de Scultet, de ouate, d'amadou, d'étoupes comme remplissages; de colle d'amidon ou d'empois, appliqués sur les bandes à l'aide d'un pinceau; d'attelles de carton humecté et d'un compressimètre en fil; la déligation ou le mode d'application du bandage; la section ou le moyen de le fendre, de l'enlever et de mettre le membre à découvert; la déambulation combinée avec la suspension du membre, sont successivement présentées par l'auteur comme autant de questions auxquelles il attache une grande importance.

Il énumère ensuite les diverses modifications de l'appareil amovo-inamovible pour soumettre chacune d'elles à une analyse critique: ainsi passe-t-il en revue le bandage dextriné de M. Velpeau, le mastic gypso-amylacé de M. Lafargue (de Saint-Emilion), le papier amidonné de M. Laugier, le pansement emplastique de M. De Lavacherie (de Liége), l'appareil ouaté de M. Burggrave (de Gand), et celui d'amidon avec addition de bandes en caoutchouc de MM. King et Christophores (de Londres).

M. Seutin, après cela, insiste sur l'essentialité de sa méthode; il en décrit le mode d'action avec tant de soin et il réfute avec tant de confiance les objections qui lui ont été adressées que nous aurions mauvaise grâce de renouveler sur quelques points une polémique devenue inutile devant l'expérience.

La troisième partie de l'ouvrage, et la plus considérable, est consacrée aux applications cliniques de la méthode amovo-inamovible. Elle comprend les fractures en général et les fractures en particu-

lier : les entorses et les luxations, les contusions et les épanchements sanguins, la rupture des muscles et des tendons ; les plaies diverses, les amputations des membres et les résections ; le bec-de-lièvre, l'érysipèle et le phlegmon, les abcès et les ulcères, les tumeurs blanches, les arthrites, les plaies des articulations et les hydarthroses, les cicatrices vicieuses et les rétractions des doigts ; les difformités, les anévrismes, les plaies des artères, les varices, les hernies (chez les enfants), et enfin les engorgements des testicules et des mamelles.

Cette longue énumération embrasse, comme on le voit, la plus grande partie de la pathologie chirurgicale, et, si elle laisse à désirer quelque chose dans la classification des maladies, si elle permet de revendiquer en faveur de différents modes de traitement, en faveur surtout du principe général de la compression, plusieurs des avantages que M. Seutin attribue spécialement à sa méthode amovo-inamovible, on doit reconnaître que cette méthode a une valeur qui lui est propre dans son principe, dans son mécanisme et dans ses applications.

Nous avons vu l'auteur la mettre en œuvre sous nos yeux, et nous n'avons pas hésité à l'essayer nous-même, afin d'en constater l'utilité, en nous dégageant, pour cette méthode comme pour d'autres, des préventions incompatibles avec l'esprit de progrès.

Permettez à votre rapporteur, messieurs, de vous rappeler, après ce court exposé, que M. Seutin occupe la position la plus éminente de la chirurgie belge, et qu'en l'associant à nos travaux nous rendrons hommage à un confrère dont la renommée s'est étendue au loin.

En conséquence, messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer pour conclusions de ce rapport :

D'adresser à M. le docteur Seutin le diplôme de membre correspondant et de déposer son ouvrage dans la bibliothèque de la Société.

Le rapport et ses conclusions étant adoptés sans discussion, on procède au vote, et M. Seutin est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

### Communication.

M. Broca lit un mémoire ayant pour titre : *Des difformités des*

*orteils produites par l'action des chaussures.* (Commissaires : MM. Gosselin, Larrey et Chassaignac.)

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du* 3 *mars* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

#### Corps étranger du genou.

M. Chassaignac présente un malade chez lequel, six semaines auparavant, les membres de la Société constatèrent l'existence d'un corps étranger dans l'articulation du genou. L'ouverture de l'articulation a été pratiquée au moyen du procédé de M. Goyrand, et le corps étranger a été repoussé dans le tissu cellulaire à une distance suffisante pour permettre de l'extraire désormais sans danger.

Aucun accident n'est survenu dans l'articulation du fait de la première opération. Le malade marche très bien.

#### Abcès de la cuisse.

M. Larrey présente un malade qui porte à la partie supérieure de la cuisse gauche une double tumeur contournant les faces interne et postérieure du membre, et offrant l'apparence d'un vaste abcès froid, soit idiopathique, soit symptomatique. C'est du moins ce que les antécédents permettraient de préjuger, d'une part, d'après certains indices locaux, tels qu'une ulcération fistuleuse au cou, avec adénite sus-claviculaire; d'autre part, d'après des douleurs éprouvées anciennement dans la région lombaire et dans la hanche du même côté. Mais ces douleurs ont depuis longtemps disparu, et les tumeurs se sont développées presque à l'insu du malade, qui n'en souffre aucunement, même sous l'influence de pressions assez fortes, et dont la santé générale ne semble point altérée. Le signe pathognomonique d'une collection purulente, la fluctuation, est enfin si peu manifeste, que l'on pourrait douter de l'existence réelle, ou du moins exclusive, d'un abcès. C'est là cependant le diagnostic à faire prévaloir.

**Tumeur fibreuse de la gorge.**

A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier présente une tumeur fibreuse développée dans l'arrière-bouche, chez un jeune homme de quinze ans. Cette tumeur envoyait des prolongements dans le sommet du pharynx, dans la fosse zygomatique et dans la fosse nasale droite; elle semblait partir des portions fibreuses qui tapissent le trou déchiré antérieur; elle adhérait aux deux apophyses ptérygoïdes et passait entre la tubérosité maxillaire et l'apophyse zygomatique. Dans deux cas, moins graves à la vérité, mais présentant de l'analogie, il lui a suffi d'ouvrir la paroi antérieure du sinus pour terminer l'opération, et il demande si on ne pourrait pas, après avoir enlevé la partie antérieure et extérieure du sinus maxillaire, luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os.

M. Maisonneuve pense que la pièce présentée par M. Huguier vient à l'appui de son opinion; l'affection étant, par son siége, très difficile à atteindre jusque dans ses dernières limites, il faut se frayer une voie sûre et en même temps large. Il croit que le procédé qu'il propose est, dans certains cas, le meilleur pour guérir les malades. En agissant ainsi, on est plus à même d'apprécier le siége et l'étendue de la tumeur.

Suivant lui, il y a bien moins de danger à se comporter comme il le conseille, que de laisser le malade avec une opération non terminée.

A la place de M. Huguier, il n'aurait pas hésité à enlever le maxillaire pour extirper la tumeur jusque dans ses derniers prolongements, à moins qu'elle ne pénétrât dans le crâne. Quant à son malade, il est aujourd'hui entièrement guéri; il n'y a pas de paralysie bien appréciable de la face, malgré l'ablation du nerf buccal. Ce fait est donc doublement intéressant au point de vue physiologique et chirurgical.

M. Chassaignac, après avoir examiné la pièce, se sent moins disposé à partager l'opinion de MM. Robert et Maisonneuve. Il croit que, dans cette circonstance, on pouvait atteindre d'autant plus facilement la tumeur que, la cloison des fosses nasales étant notablement déviée, on pouvait, sans l'attaquer, avoir une ouverture suffisamment large pour arriver sûrement sur le pédicule. Il insiste fortement pour qu'on respecte la cloison des fosses nasales.

M. Huguier, en présentant cette pièce, qui a déjà été décrite à une autre époque par M. Forget, a surtout voulu faire voir quels étaient les points précis de son insertion.

Toutefois, notre collègue ne se dissimule pas qu'en suivant son procédé, si un vaisseau important avait été atteint, il eût été fort gêné pour agir aussi profondément.

Il ajoute que, sans vouloir repousser d'une manière absolue le procédé qui a été employé par MM. Robert et Maisonneuve, il faut conserver la voûte palatine jusqu'au dernier moment, et ne se décider à la sacrifier qu'en cas d'absolue nécessité.

M. Maisonneuve dit que le plus grand avantage de son procédé est surtout de faire disparaître la voûte palatine, qui est le plus grand obstacle à l'action des doigts. Pour lui, leur action est bien supérieure à celle de tous les instruments; aussi, lorsque la voûte est enlevée, non-seulement il peut introduire une main, mais les deux. C'est, du reste, de cette manière qu'il a agi dans le fait dont il a entretenu la Société. Une fois la voûte palatine détachée, il a pu saisir la tumeur avec la main gauche et l'énucléer avec la main droite. L'opération dura cinq minutes. Il n'aurait jamais pu obtenir un résultat semblable en suivant le procédé de MM. Huguier et Chassaignac.

M. Huguier dit que dans les cas de ce genre il y a presque toujours une déformation des cavités et un commencement de disjonction des os; ne pourrait-on pas mettre à profit ce travail morbide, et, après avoir détaché la paroi antérieure du maxillaire, luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os et, une fois l'opération terminée, la refouler à sa place? De la sorte, on éviterait la perte de parties considérables et on se ménagerait un obturateur naturel.

M. Roux ne veut nullement blâmer la conduite de M. Maisonneuve; il avoue cependant qu'il voit avec regret notre collègue sacrifier sans aucune hésitation des parties encore saines et si nécessaires sous beaucoup de rapports. Jamais dans sa longue pratique il n'a été obligé de recourir à une opération aussi complexe; il dit avoir eu affaire souvent à des tumeurs remarquables plutôt par leur densité que par leur volume, et il a pu terminer l'opération avec des pinces très fortes garnies d'aspérités; il ajoute qu'il n'y a pas eu de récidive.

Il craint que dans l'opération de M. Maisonneuve le voile du palais ne soit un peu compromis quant à ses fonctions.

Il ne peut pas non plus voir sans regret un malade perdre la moitié de l'arcade dentaire.

M. Roux termine ses observations par quelques rapprochements sur les autres tumeurs qui naissent du périoste, qui sont généralement très denses et nécessitent l'action d'instruments énergiques.

M. Robert insiste sur la nécessité de bien préciser dans la discussion qu'il ne s'agit pas ici des polypes ordinaires des fosses nasales, mais bien des polypes qui prennent naissance dans le tissu fibreux qui tapisse une partie de la base du crâne et du sommet du pharynx : ces polypes, qui ont une origine toute différente, ont généralement une base d'implantation assez large et la plupart du temps ils renvoient des irradiations multiples. Il faut nécessairement que le chirurgien n'hésite pas à pratiquer une ouverture suffisamment large pour qu'il puisse, sans être gêné, porter les doigts, l'instrument tranchant et au besoin le feu lorsque des hémorrhagies surviennent. Il rappelle le cas du malade de M. Huguier, qui perdit une quantité considérable de sang.

Peut-on maintenant dire à l'avance qu'on modifiera l'opération suivant le besoin? M. Robert ne le pense pas. Suivant lui, tout chirurgien qui s'engage de prime abord dans une mauvaise voie augmente les difficultés de l'opération et expose son malade à des chances fâcheuses. Dans une circonstance semblable, il fut vingt-cinq minutes avant d'avoir terminé; par prudence, il n'avait pas voulu employer le chloroforme.

Comme M. Roux, il regrette la perte de parties encore saines et d'être obligé de recourir à une opération si compliquée; mais il la regarde comme indispensable et comme étant la seule qui permette d'arriver à une solution complète. Il ajoute en terminant que chez son malade, au bout de quelques jours et sans qu'il eût pris la moindre précaution, les lèvres de la plaie du voile du palais étaient réunies.

M. Gerdy est surpris de voir M. Maisonneuve se fonder sur la pièce de M. Huguier pour soutenir la nécessité de son procédé opératoire. Il croit, au contraire, que, si un fait est en faveur de son opinion personnelle, c'est celui qui vient d'être présenté par M. Huguier; aussi préfère-t-il la méthode de ce dernier;

son des fosses nasales le gênait, il en ferait de suite le sacrifice sans craindre aucune suite fâcheuse; quant aux os de la face, il insiste de nouveau pour qu'on les respecte, et se joint à M. Roux pour exprimer des doutes sur la nécessité d'une semblable opération. Il considère le point de départ de ces polypes comme une véritable matrice qui reproduit sans cesse de nouveaux prolongements; l'essentiel est d'arriver sur ce point, peut-on le faire avec l'ouverture conseillée par M. Huguier? Oui, sans aucun doute.

Envisageant ensuite ces polypes sous le rapport de leur pronostic, il cherche à démontrer qu'ils sont loin d'être aussi dangereux qu'on semble le craindre. Quant à lui, jamais il ne les a vus entraîner la mort; à la vérité, il y a quelquefois de graves hémorrhagies; mais, comme on ne connaît pas au juste la vascularité de ces tissus, le point exact d'où vient le sang, il ne faut pas s'exagérer les craintes. Si M. Maisonneuve a pu arracher la tumeur avec ses doigts, à plus forte raison aurait-il pu le faire avec des pinces. Suivre son procédé, c'est s'exposer à mutiler la face, à compromettre les fonctions de la bouche, du voile du palais; en un mot, ce n'est plus seulement l'extraction d'un polype, mais bien l'amputation de l'os maxillaire.

M. Huguier pense que ces tumeurs n'ont de tendance à saigner que dans les points où elles sont en contact avec l'air; le malade qu'il a fait voir à M. Robert perdait à la vérité du sang lorsqu'on touchait à la portion qui était cellulo-vasculaire; mais, lorsque ce tissu fut dépassé, le sang ne s'écoulait plus en nappe : il était fourni par une artériole. D'après lui, les prolongements de ces tumeurs n'ont avec les parties voisines que des adhérences cellulo-vasculaires faibles qui peuvent être détruites facilement. Il croit que M. Gerdy s'exagère un peu les suites de l'opération dans ce qui a trait au voile du palais; comme on peut le ménager, il conserve ainsi toute la tension sans que ses fonctions soient en rien altérées.

### Ouvrages adressés à la Société.

Le tome XVI de l'Académie nationale de médecine de Paris.

M. le docteur Broca envoie les ouvrages suivants :

*Etudes sur la propagation de l'inflammation, suivies de quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses;*

*De l'altération graisseuse primitive des muscles et de son influence sur la production des pieds bots;*

*Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris pour l'année 1850;*

*Mémoire sur la pleurésie secondaire consécutive aux inflammations du sein et de l'aisselle;*

*Étude sur les doigts et orteils surnuméraires;*

*Réflexions sur les anomalies artérielles du membre thoracique;*

*Description de deux anomalies rares des artères de l'avant-bras;*

*Anatomie pathologique du cancer.*

### Corps étranger dans la tunique vaginale.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac donne à la Société quelques renseignements sur les deux malades qu'il avait présentés à la dernière séance.

Celui qui avait un corps cartilagineux mobile de la tunique vaginale a été opéré de son hydrocèle par incision, ce qui a permis l'extraire le corps cartilagineux qui offre le volume d'une grosse noisette un peu aplatie sur les côtés. L'examen microscopique de ce corps, fait par M. Follin, a présenté au milieu d'une gangue cartilagineuse deux noyaux parfaitement arrondis, constitués par un amas de cellules épithéliales et de matière calcaire faisant effervescence avec les acides. Astley Cooper et M. Roux n'ont jamais eu dans leur longue pratique l'occasion d'en observer sur le vivant. Astley Cooper les a très bien décrits sur des pièces pathologiques. M. Roux les a plusieurs fois observés sur le cadavre, mais à l'état d'adhérences.

### Paralysie du moteur oculaire commun.

Le malade atteint d'une paralysie du moteur oculaire commun sans la paralysie de l'iris, qui existe presque constamment en pareil cas, a été soumis à des instillations de belladone, qui ont déterminé une très belle dilatation de la pupille. Il est prouvé par là que le défaut de dilatation pupillaire ne tenait point à l'existence d'adhérences ou de synéchie postérieure, mais bien à la variété anatomique qui a été indiquée.

### Syphilis constitutionnelle grave.

M. Vidal (de Cassis) communique à la Société le fait suivant. Un

homme affecté de syphilis constitutionnelle était soumis depuis un certain temps à un traitement antisyphilitique, lorsque des ulcérations serpigineuses se manifestèrent à la jambe et à la cuisse; ces ulcérations, malgré tous les traitements, prirent un caractère de gravité insolite, elles envahirent la presque totalité du membre. Tout échouait, le malade dépérissait. M. Vidal avait repoussé la proposition de le syphiliser; il eut alors l'idée de panser ces ulcères avec des bandelettes de sparadrap de Vigo. Dès le premier pansement, c'est-à-dire au bout de trois jours, il y avait une amélioration notable. On continua ce mode de traitement, et dans l'espace de vingt et un jours la cicatrisation fut complète. Il y avait six mois que ce malade était à l'hôpital. Pendant ce traitement, des ulcérations mercurielles étaient survenues dans la bouche. M. Vidal se demande si, dans ce cas, l'emplâtre de Vigo n'a pas agi d'une manière générale et locale.

M. Morel-Lavallée, qui a suivi ce malade, fait observer que la cicatrisation n'a pas marché de la circonférence vers le centre; elle a commencé par des plaques disséminées; la cicatrice est lisse sans aucune rétraction.

M. Roux croit devoir rappeler que, dans les premières années qui suivirent son voyage en Angleterre, il employa aussi le sparadrap de Vigo pour panser des ulcères de mauvaise nature.

M. Gerdy croit qu'on néglige un peu trop la position dans le traitement des ulcères; il ne saurait trop préconiser ce moyen, qu'il a souvent employé avec succès.

M. Maisonneuve ajoute que dans bon nombre de cas il suffit de changer le mode de traitement, de varier l'application des topiques pour obtenir la cicatrisation des plaies anciennes.

M. Vidal (de Cassis) fait observer que le malade dont il vient de parler n'avait pas seulement un ulcère ancien, comme on en voit tous les jours; c'était un ulcère à marche incessante qui avait envahi tout un membre, qui avait résisté à toutes les méthodes curatives, et dont la marche ne fut arrêtée que du jour où le sparadrap de Vigo fut employé. Dès lors, l'état général du malade, qui était des plus graves, s'améliora d'une manière sensible, et la guérison fut des plus promptes. Sous tous ces rapports ce fait lui paraît exceptionnel et digne de l'attention de la Société.

**Tumeur fibro-cartilagineuse de la cuisse.**

M. Demarquay présente, de la part de M. Denonvilliers, une tumeur fibro-cartilagineuse qui était située à la partie supérieure et interne de la cuisse. Les rapports de cette tumeur avec les vaisseaux étaient tellement intimes, que pendant quelque temps le diagnostic fut incertain; il y avait une apparence de fluctuation qui aurait pu faire croire à une tumeur anévrismale renfermant des caillots. Cette tumeur n'avait aucune adhérence avec les os; les muscles qui l'avoisinaient étaient amincis et modifiés dans leur texture.

M. Lenoir. La tumeur qui vous est présentée par M. Demarquay me paraît être une de ces tumeurs composées que les chirurgiens allemands décrivent sous le nom de *stéatomes*, et que d'autres appellent des *ostéo-stéatomes*; dénomination que je préfère à la première, parce qu'elle n'a pas encore été appliquée en France, comme celle-ci, à désigner une altération pathologique bien définie, et parce que, en raison même de sa double racine, elle donne de suite une idée de la structure des tumeurs auxquelles je la réserve: tumeurs qui, bien que développées dans le tissu cellulaire, sont à la fois successivement formées de substance fibro-graisseuse et de substance ostéo-calcaire.

Ces tumeurs sont assez rares; cependant, dans un travail que je publie en ce moment, et dans lequel je ne me suis occupé que de celles qui, siégeant dans la cavité du bassin, ont pu mettre obstacle à l'accouchement, j'en ai signalé cinq observations, que j'ai empruntées au docteur Pellegrini, à John Burns, à Drew, à M. Gensoul (de Lyon) et au musée Dupuytren.

Dans ces cinq cas, il en est quatre où ces tumeurs étaient adhérentes à un point plus ou moins circonscrit de l'excavation pelvienne, mais dont elles pouvaient être séparées par la dissection. Cette adhérence possible aux os voisins n'est pas sans doute un caractère particulier à toutes ces productions morbides, et tient probablement à l'étroitesse de la cavité dans laquelle celles que j'ai spécialement étudiées avaient pris naissance. Toutefois, je remarque que, dans la pièce qui vous est présentée, la seule portion de celle-ci qui fût ossifiée était voisine de la branche horizontale

du pubis et tendait à s'y implanter; cependant la tumeur était ici bien évidemment extra-pelvienne.

Le diagnostic des ostéo-stéatomes est difficile à établir pour deux raisons : d'abord parce que leur véritable caractère anatomique n'est le plus souvent susceptible d'être reconnu que par un examen direct de l'intérieur de la tumeur, et ensuite parce qu'ils peuvent se présenter à l'observateur soit à l'état mou et libres dans le tissu cellulaire du bassin, soit à l'état dur et plus ou moins adhérents aux os de cette cavité : double condition de leur existence qui les expose à être confondus, d'une part, avec les exostoses et les cals difformes, et, d'autre part, avec les kystes, les corps fibreux, les squirrhes et autres tumeurs molles qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire ou dans les organes renfermés dans l'excavation. C'est pour arriver à porter un diagnostic, sinon certain, au moins probable, de ces sortes de tumeurs que John Burns a conseillé de les ponctionner avec un trocart, mode d'exploration auquel on a eu recours dans le cas actuellement soumis à l'examen de la Société.

Si je ne craignais de sortir du sujet général de cette présentation, je dirais quelle issue la maladie a eue dans les quatre cas que j'ai recueillis : une fois on a dû faire la céphalotripsie pour délivrer la mère, et la mort a suivi de près cette opération; une autre fois on a fait l'opération césarienne avec le même résultat; mais deux fois on a pu, préalablement à l'accouchement, extraire les tumeurs à l'aide de larges incisions faites sur le plancher du bassin, et, dans ces deux cas, ces opérations ont réussi.

### Plaie d'arme à feu.

M. Huguier communique le fait suivant : Dans les premiers jours de décembre, un jeune homme reçut un coup de feu derrière le grand trochanter; le projectile suivit tout le trajet du nerf sciatique et sortit à la partie interne du genou. Ce jeune homme, voyant qu'on allait faire feu, s'était baissé. Le grand trochanter n'a pas été fracturé; l'ouverture d'entrée était plus grande que celle de sortie; plusieurs portions de vêtements avaient été entraînées dans la plaie.

Le 19, dans la nuit, il survint une hémorrhagie; M. Huguier se contenta de pratiquer la compression sur l'artère crurale, et le len-

demain il pratiqua la ligature de la crurale au-dessus de la musculaire profonde. Tout s'est bien passé depuis ; la ligature est tombée le onzième jour.

Le symptôme sur lequel M. Huguier désire fixer l'attention de ses collègues est le suivant :

Dès le lendemain de la blessure, ce jeune homme a été pris de douleurs atroces dans tout le membre blessé ; la sensibilité a été portée à ce point, que le moindre mouvement, le moindre ébranlement le mettaient hors de lui ; il n'y avait pas de paralysie. Tous ces accidents cessèrent en grande partie dans les premiers jours qui suivirent la ligature ; mais depuis quelque temps un nouveau phénomène nerveux s'est manifesté : tout le corps est devenu d'une telle sensibilité que l'idée seule du mouvement met le blessé dans un état nerveux déplorable, il est obligé d'avoir sans cesse à la main une éponge mouillée pour se rafraîchir le visage ; sans cette précaution, les douleurs sont des plus vives.

M. Huguier désire que plusieurs des membres de la Société veuillent bien voir ce malade et l'aider de leurs conseils.

## *Séance du* 10 *mars* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

#### Douleurs dans les membres amputés.

M. Boinet présente un malade auquel il a désarticulé l'avant-bras pour un coup de feu reçu au mois de décembre ; l'opération a réussi, mais aujourd'hui le malade éprouve des douleurs très vives qu'il rapporte aux doigts et à la main qu'il a perdus. Ce fait, rapproché d'un cas exactement semblable qui se trouve actuellement dans le service de M. Malgaigne, semblerait, suivant M. Boinet, démontrer que ces douleurs, dont les amputés se plaignent si souvent, soit à l'extrémité du moignon, soit dans la partie du membre qui est enlevée depuis longtemps, ne sont pas toujours le résultat d'altérations pathologiques de l'extrémité des nerfs ou des os, comme on le pense généralement et comme M. le docteur Hutin a voulu le démontrer dans un travail publié en 1851 dans la *Gazette*

*des Hôpitaux*, mais bien le résultat de l'inflammation des nerfs. En effet, dans les deux cas qu'il vient de citer, il n'y a eu ni ostéite, ni production de stalactites osseuses. Il n'y a pas eu non plus compression des renflements nerveux, puisqu'aucun appareil prothétique n'a été appliqué; on ne peut donc pas recourir à ces causes pour expliquer la douleur. Chez le malade de M. Malgaigne, outre les douleurs très vives, il est survenu une affection bien grave; des attaques d'épilepsie très fréquentes, qui persistent malgré une nouvelle amputation faite au-dessus du moignon.

M. Larrey croit devoir ajouter quelques mots à ce que vient de dire M. Boinet sur la sensibilité du moignon chez la plupart des amputés. Cette manifestation si fréquente de la douleur a été observée par tous les chirurgiens, et plus particulièrement par quelques chirurgiens militaires. Ceux surtout qui ont été, comme M. Hutin, à même de voir, aux Invalides, un grand nombre d'amputés des différents membres, ont pu se rendre compte des causes et des effets variables de la douleur du moignon.

Tantôt provoquée primitivement par l'opération, la douleur est due à la section, à la compression, à l'inflammation des nerfs; tantôt développée secondairement aux mêmes causes devenues permanentes, ou bien à des adhérences immédiates ou médiates, à des rétractions soit des téguments, soit des tissus fibreux, à l'ostéite, à la périostite ou à l'ostéo-myélite, et quelquefois à la nécrose par suite de la conicité du moignon; cette douleur peut très souvent aussi se manifester sous l'influence du froid humide et des changements de température, ou par des excès et des fatigues de tout genre.

De là, par conséquent, des caractères très différents de la douleur, qui peut offrir toutes les nuances, tous les types, selon le membre amputé, selon les cas qui ont nécessité l'amputation, selon l'époque et le lieu de l'opération, selon la méthode, le procédé, le pansement, selon les accidents primitifs ou consécutifs, selon certaines conditions individuelles, selon enfin quelques influences extérieures.

### Luxation congénitale.

M. Ferdinand Martin présente une petite fille de onze ans atteinte d'une double luxation congénitale du fémur. Il demande que

l'état de la malade soit bien constaté, et qu'une commission soit nommée pour suivre le nouveau mode de traitement qu'il va employer. Il se propose de lire plus tard à la Société un travail, dans lequel il a rassemblé plusieurs faits du même genre, et dans lesquels son traitement a été employé avec succès. (MM. Debout, Lenoir, Guersant sont nommés pour suivre le traitement de M. Martin.)

M. Boinet demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et dit que très probablement le malade de M. Huguier avait été blessé sur le trajet d'un nerf, et qu'il existe là, comme dans les deux cas dont il a parlé, une véritable névrite.

M. Huguier a employé pour ce blessé une pommade anesthésique. Cette pommade, composée ainsi :

Axonge. . . . . 30 grammes,
Ether chlorhydrique-chloré. . . 5,

n'a eu qu'un effet passager; elle n'agissait qu'au point de contact; au-dessus et au-dessous la douleur était la même. Ce qui lui a encore le mieux réussi, c'est l'humidité.

**Tumeur de la cuisse.**

M. Denonvilliers ajoute quelques détails pour compléter ce qui a été dit à la dernière séance par M. Demarquay. La malade qu'il a opérée était âgée de 60 ans; la tumeur avait commencé il y a 18 mois. Elle était d'abord du volume d'un œuf de pigeon; puis, dans les six derniers mois, elle a fait des progrès très rapides; elle a atteint le volume de la tête d'un enfant de trois ans. Située au milieu des parties molles, au-dessous de l'arcade fémorale, elle était dure à sa circonférence, tandis qu'au centre elle présentait une demi-mollesse assez semblable à la consistance du tissu encéphaloïde cru. Quelques personnes penchaient même pour l'idée d'un kyste rempli de liquide. La tumeur n'était nullement douloureuse; il n'y avait pas d'engorgement du membre. L'artère fémorale était déviée; elle semblait contourner la tumeur.

Dans la crainte de la léser, M. Denonvilliers prit la précaution de dessiner son trajet; il fit ensuite une incision médiane suivant le plus grand axe, tout prêt au besoin à la croiser par une seconde pour se donner plus de facilité. Il sortit d'abord de la sérosité sanguinolente, puis des grumeaux; c'étaient des matières semblables

à celles qu'on rencontre dans les anévrismes. Un doigt ayant été introduit dans la poche, il fut facile de sentir les parois, et en même temps de préciser les rapports de l'artère fémorale accolée à la paroi externe. Une autre gêne, c'était l'adhérence intime de la poche avec le droit interne en dedans, et en dehors avec le couturier. Ce dernier temps de l'opération exigea le plus de soins; le couturier, ayant été coupé transversalement, fut disséqué et rejeté en dehors ainsi que la veine et l'artère.

M. Denonvilliers se souvenait du fait cité par M. Roux, dans lequel l'artère fut ouverte en même temps que l'abcès.

A l'examen de la tumeur qui renfermait des noyaux osseux inégaux, notre collègue s'est demandé si ces inégalités osseuses n'avaient pas pu déchirer quelque vaisseau et causer ainsi un épanchement fibrineux. (M. Lebert, qui a examiné la tumeur, croit qu'il y avait prédominance de l'encondrome et du lipome.) Il regarde le mélange de ces deux produits morbides avec du sang épanché comme un fait très rare.

**Candidature.**

M. Scrive, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Valenciennes, écrit à M. le président pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il envoie deux observations inédites sur des corps étrangers engagés dans nos organes;

De plus, deux brochures, l'une ayant pour titre : *Cours de petite chirurgie en 24 leçons*,

L'autre, *Traité théorique et pratique des plaies d'armes blanches, à l'usage des chirurgiens d'armée.*

(MM. Chassaignac, Larrey, Huguier sont chargés d'examiner ces travaux.)

**Accidents par le chloroforme.**

M. Robert communique une observation de M. Beyran (de Constantinople). Il s'agit d'accidents très graves survenus après l'emploi du chloroforme pour une amputation de la verge.

L'observation est renvoyée à une commission, composée de MM. Robert, Michon, Debout.

M. Lebert commence la lecture d'un rapport sur le travail de M. Houel sur les névromes.

### Kystes du sinus maxillaire.

M. Giraldès donne lecture de la première partie d'un travail sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.

Il pose d'abord, en principe, que l'anatomie, la physiologie et la pathologie du sinus maxillaire sont peu connues. Pour démontrer la vérité de cette proposition, il commence par examiner un point d'anatomie de cette région, le mode de communication du sinus avec les fosses nasales, et dit que l'ouverture qui établit cette communication est unique, qu'elle est placée en haut et en avant du méat moyen, dans l'infundibulum, et que son siége est invariable. Lorsqu'il existe deux ou trois ouvertures, celles-ci sont des perforations pathologiques. Ainsi, toutes les fois qu'on rencontre une ouverture au milieu du méat moyen (ouverture normale des auteurs), cette communication est une perforation.

D'après M. Giraldès, la position de l'ouverture fait disparaître l'idée du cathétérisme du sinus.

La deuxième partie de ce mémoire, que l'auteur regarde comme la plus importante, est destinée à faire connaître des glandes situées dans la membrane muqueuse du sinus; elles peuvent subir des altérations et se transformer en véritables kystes, qui sont les kystes muqueux du sinus.

Ces kystes sont divisés en deux ordres :

1° Suivant qu'ils sont formés par la simple dilatation du tube glandulaire;

2° Suivant que toute la masse glandulaire est dilatée.

Les premiers sont petits, miliaires, quelquefois multiples; les seconds peuvent atteindre le volume d'un marron, et peuvent être également multiples.

Ces tumeurs renferment un liquide blanc, filant, visqueux, souvent chargé de cholestérine; lorsqu'ils sont multiples ou très volumineux, ils distendent le sinus en amincissant les parois.

D'après ces recherches, M. Giraldès serait porté à croire que la maladie connue sous le nom d'hydropisie du sinus est constituée par ces kystes muqueux.

### Tumeur du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente une tumeur développée dans le maxillaire supérieur gauche chez un homme âgé de soixante ans, qui

sortait du service de M. Lenoir à l'hôpital Necker. Cette tumeur faisait saillie dans la cavité de l'orbite sans y pénétrer ; en avant, elle était très saillante sous la joue ; en bas, elle déprimait la voûte palatine. Bien que le cas fût assez mauvais, comme la maladie marchait rapidement, M. Maisonneuve se décida pour l'opération.

La pièce offre cette particularité, que les os attaqués ont disparu ; on n'en trouve que quelques vestiges méconnaissables. Le rebord alvéolaire est ramolli comme si on l'avait trempé dans un acide. La tumeur n'envoyait de *prolongement ni dans l'orbite*, *ni dans la fosse nasale*, *ni dans la fosse zygomatique.*

M. Maisonneuve termine en disant qu'ayant été obligé de pratiquer une excision très profonde il a coupé le tronc même de la maxillaire interne, ce qui a nécessité une ligature qui ne se pratique pas habituellement.

M. Lebert, qui a examiné la tumeur, pense que c'est du cancer colloïde gélatiniforme à cellules très pâles ; il a dû, pour voir ces cellules, se servir d'un très fort grossissement.

M. Lenoir. Si je n'ai pas opéré le malade dont notre collègue M. Maisonneuve vient de vous entretenir, ce n'est pas parce que je ne sais pas faire l'opération qui lui a été pratiquée, car j'ai déjà eu occasion de faire six fois cette opération, et la dernière date de quelques jours ; mais c'est parce que j'ai regardé l'altération organique des os de la face dont cet homme était affecté comme au-dessus des ressources de la médecine opératoire. Je demande à la Société la permission de lui donner les raisons qui m'ont engagé à m'abstenir dans ce cas. C'est, selon moi, un sage précepte de chirurgie clinique que celui qui recommande de n'entreprendre l'extirpation du cancer, quels que soient son siége et sa nature, qu'autant qu'avant de l'opérer on a acquis la certitude qu'on pourra l'enlever tout entier, et qu'on ne sera pas forcé de laisser quelques prolongements qui produiraient bientôt la repullulation du mal. C'est ce précepte que vous suivez tous quand vous vous trouvez en présence d'un cancer du sein compliqué d'engorgement des lymphatiques de l'aisselle; vous n'opérez, dans ces cas, que lorsque vous êtes certains de pouvoir enlever, par énucléation, par ligature ou autrement, tous les ganglions suspects ; et trop souvent encore, après les opérations les mieux exécutées, la récidive survient au bout de peu de temps. Ce précepte, je l'ai appliqué au cas en discussion,

t c'est parce que je suis resté dans l'incertitude sur les limites de affection, et par conséquent sur la possibilité de l'emporter complétement avec l'instrument tranchant, que j'ai laissé à de plus ardis ou à de plus éclairés le soin de faire l'opération.

Dans le cas présent, comme dans celui que j'avais eu à traiter uelques jours auparavant, l'altération des os était très étendue et ·ès avancée; elle formait une tumeur molle, qui se prolongeait en rrière au delà du voile du palais, qui en haut avait envahi l'os nguis et la moitié de l'ethmoïde en ne s'arrêtant qu'à la voûte du râne, et qui en avant avait soulevé et aminci la peau de la joue; ans ces conditions d'existence de la maladie est-on jamais sûr vant d'opérer de tout emporter? Je ne le crois pas, et dans ma ernière opération, quoique j'aie poursuivi la tumeur jusque dans épaisseur des cellules ethmoïdales en haut et que j'aie détruit avec e fer rouge les prolongements qu'elle envoyait dans la fosse zygoıatique, j'ai la triste certitude d'avoir laissé quelque chose dans ces eux points. Le malade opéré par M. Maisonneuve était dans les nêmes conditions cliniques que le mien, et je puis ajouter, après voir examiné avec soin la pièce anatomique qui est sous vos yeux, ue sa tumeur avait les mêmes limites que la mienne et n'a pas été ›lus complétement enlevée qu'elle, car elle ne présente aucune race de tissus sains à sa périphérie et notamment dans sa portion ›rbitaire. Aussi la récidive prompte de la maladie me paraît-elle à raindre. Ce n'est pas le lendemain de leur exécution qu'il faut ›arler de pareilles opérations; en agissant ainsi, on s'expose à inluire les praticiens en erreur sur leurs résultats définitifs. Je prieai donc M. Maisonneuve de nous donner des nouvelles de son ›péré dans deux ou trois mois.

M. Maisonneuve répond que les cancers sont si variables qu'on ıe sait pas souvent auquel on a affaire; il pense que chez son maade l'affection était bornée au tissu osseux et que, les parties voiıines étant saines, il a pu énucléer la tumeur; il ne se fait qu'un ·eproche, c'est d'avoir enlevé la peau.

### Tumeur sanguine de la joue.

M. Lenoir présente à la Société une petite tumeur qu'il a enlevée chez une jeune fille. Cette tumeur était située dans l'épaisseur d' la joue; elle avait tout à fait l'aspect que présentent les glandul

hypertrophiées. Huit mois auparavant, la malade avait consulté M. Velpeau, qui avait conseillé l'usage des fondants; comme elle grossissait et qu'elle était déjà du volume d'une aveline, M. Lenoir voulut l'opérer comme un kyste; mais il n'eut pas plutôt fait une ponction qu'il sortit un jet de sang; une incision fut faite, et, après l'ablation de la tumeur, on put constater qu'elle était enkystée et que son tissu offrait la plus grande analogie avec du tissu érectile.

**Tumeur fibro-plastique de la hanche.**

M. Larrey annonce la guérison du malade dont il a entretenu la Société dans la séance du 21 janvier (*Gazette des Hôpitaux* du 3 février) et qu'il avait opéré pour la seconde fois au Val-de-Grâce d'une tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe.

La récidive, survenue plusieurs mois après la première opération, a offert un développement beaucoup plus considérable et des complications qui n'ont pas eu de suites graves. La cicatrisation s'est même effectuée assez vite et régulièrement. Mais pour prévenir les nouveaux effets de la cause locale qui avait provoqué ou entretenu le développement de la tumeur, un appareil contentif, formé d'une plaque solide et d'une ceinture, comme un bandage herniaire, a été appliqué à demeure sur la cicatrice; celle-ci se trouvera donc préservée des frottements du sabre, c'est-à-dire d'une irritation incessante et peut-être d'une nouvelle récidive.

## *Séance du* 17 *mars* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

**Commotion cérébrale.**

M. Chassaignac lit un rapport sur un travail de M. Fano, intitulé: *Recherches historiques, cliniques et expérimentales pour servir à l'histoire de la commotion du cerveau.* Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Une violence extérieure exercée sur le crâne peut déterminer des effets variables en raison de l'intensité même de la cause contondante.

2° Lorsque la mort survient instantanément ou quelques minutes après l'action de l'agent vulnérant, on trouve constamment dans l'encéphale une lésion que nos expériences nous ont apprise; à savoir, une hémorrhagie autour du bulbe rachidien, c'est-à-dire autour du point central du système nerveux.

3° Lorsque la mort survient à une époque plus reculée, on peut encore rencontrer les mêmes lésions, ou bien on trouve dans l'intérieur de l'encéphale de petits foyers sanguins qui ne sont rien autre chose qu'une contusion de la substance cérébrale.

4° Lorsque la violence extérieure exercée sur la tête ne produit qu'une perte passagère des fonctions sensoriales et locomotives, on ne rencontre dans la substance encéphalique qu'une sorte de congestion, c'est-à-dire un engorgement des vaisseaux de l'encéphale, caractérisé par la présence d'un nombre considérable de gouttelettes sanguines.

5° Comme conséquence de ces quatre propositions, il résulte que l'état morbide que l'on désigne sous le nom de commotion du cerveau est une pure création de l'esprit, et qu'en physiologie pathologique il faut admettre que les signes de la commotion sont ceux des épanchements sanguins ou de la contusion du cerveau.

Le rapport de M. Chassaignac se termine par les conclusions suivantes :

1° La doctrine de Littre sur le tassement de la substance cérébrale dans la commotion n'est pas démontrée.

2° La doctrine qui attribue les phénomènes de la commotion grave soit à une contusion diffuse, soit à un épanchement sanguin à la base, ne possède qu'un nombre de faits trop restreint pour permettre jusqu'à ce moment aucune conclusion définitive. .

3° Désormais l'attention des observateurs devra s'arrêter d'une manière particulière sur deux points à éclaircir dans l'autopsie des sujets qui succombent après avoir offert les symptômes de commotion : 1° Y a-t-il des traces de contusion diffuse; 2° y a-t-il quelque épanchement sanguin à la base de l'encéphale, et principalement au contact du bulbe?

M. Demarquay dit que l'idée d'assimiler la commotion cérébrale à la contusion fibrillaire n'appartient pas à Blandin. Ce fut lui, au contraire, qui, frappé des nombreuses ecchymoses qui existaient

dans le cerveau d'un individu mort avec des symptômes de compression lui en fit la remarque.

M. Larrey fait observer que l'on ne saurait attribuer à Blandin l'idée première qui établit une sorte de similitude entre la commotion et la contusion cérébrales. Si contestable que paraisse cette opinion, elle a été émise d'une manière formelle par Bichat (1), qui faisait consister essentiellement l'effet primitif de la commotion en une contusion générale du cerveau ébranlé dans sa masse contre les parois du crâne.

M. Larrey rappelle ensuite que des expériences ingénieuses ont été faites par M. Gama (2), dans le but d'étudier les phénomènes de la commotion cérébrale. L'ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce se servait, à cet effet, d'un matras ou globe de verre rempli d'ichthyocolle, à travers laquelle passaient des fils dirigés dans différents sens, et indiquant la direction des ébranlements de la matière gélatiniforme par diverses percussions du vase. Mais ces expériences ont été appréciées sans doute par M. Fano, dans son mémoire, et par M. le rapporteur; c'est pourquoi il suffira de les indiquer ici.

M. Robert croit que M. Fano a trop souvent fait consister les effets de la commotion dans la compression résultant d'épanchements sanguins au niveau du bulbe rachidien. Il insiste d'autant plus sur cette remarque, qu'il n'y a pas la moindre ressemblance entre les symptômes dus à la commotion et ceux qui sont causés par des épanchements.

Sous ce rapport M. Fano est dans l'erreur; il y a des exemples de commotion générale de la moelle, dans lesquels après la mort on n'a découvert aucune lésion. A l'appui de son opinion, il dit avoir observé un individu affecté de paraplégie à la suite d'une chute; la fièvre se manifesta le quatrième jour, la paralysie gagna promptement, et au bout de quelques jours la mort survint. Comme on s'attendait à trouver de grands désordres, l'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et on ne put découvrir la moindre lésion. Il est possible qu'il y ait eu là une lésion de nature à échapper à nos sens; mais les soins les plus minutieux ne purent rien faire

(1) *Œuvres chirurgicales de Desault.* Mémoire sur les plaies de tête.

(2) *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite.*

apercevoir. Jusqu'à présent les expériences de M. Fano sont loin de prouver que les lésions qu'il a rencontrées sont essentiellement propres à la commotion. Desault avait dit aussi que la commotion était une commotion généralisée; mais rien jusqu'à présent ne démontre qu'il y ait une lésion matérielle dans la commotion.

M. Bouley croit devoir rappeler que jamais Sanson n'a confondu la commotion avec la contusion; jamais elle n'a été pour lui le premier degré de ce second accident.

M. Michon pense qu'il faut modifier les termes de la première proposition, celle qui a trait à Littre : Tant que nous ne connaîtrons pas mieux la structure normale et les altérations cadavériques du cerveau, nous ne pourrons pas formuler des conclusions aussi précises. La question qui se traite aujourd'hui est essentiellement clinique; vouloir assimiler la commotion à la contusion, ce serait rétrograder et ne tenir aucun compte des efforts et des observations qui ont été faits par un grand nombre de chirurgiens. Il suffit d'examiner ce qui se passe chez les blessés pour prouver qu'il n'y a aucune analogie entre la commotion et la contusion. Très fréquemment on voit des individus succomber à une commotion, tandis que d'autres survivent à des contusions considérables de la substance cérébrale.

M. Chassaignac croit qu'on ne se compromet pas beaucoup en n'adoptant pas les idées de Littre.

M. Demarquay revenant sur ce point qu'il croit que les petits foyers sanguins qu'on trouve disséminés dans la substance cérébrale sont le fait de la commotion, M. Michon lui répond que pour tout le monde il est bien établi que ces altérations dépendent de la contusion.

M. Denonvilliers pense qu'il ne faudrait qu'un seul fait bien observé pour donner à la doctrine de Littre toute sa valeur. Il y a, outre l'altération matérielle qui n'a pas encore été démontrée d'une manière bien nette, une complexité de lésions qui sera toujours l'objet de bien des doutes. L'observation de Littre, malgré toutes ses imperfections, doit rester dans la science.

Ce qui prouverait la possibilité de ce fait, c'est qu'il a eu occasion d'observer chez des vieillards le cerveau revenu sur lui-même. Dans les faits de Littre et de Sabatier, on a dit que peut-être on n'avait pas tenu assez compte de la perte du liquide céphalo-ra-

chidien échappé pendant l'ouverture du crâne ; c'est possible, mais ce n'est pas une raison pour repousser entièrement l'idée de Littre. Les expériences de M. Fano ne pouvaient pas être bonnes ; il n'y a pas de parité de conditions entre l'homme et les animaux, vu la masse cérébrale. Il faudrait ensuite, pour avoir des expériences concluantes, s'entourer de grandes précautions, surtout pour amener une mort instantanée ; du moment que la vie se prolonge de quelques minutes, il y a déjà des phénomènes de réaction. Peut-être vaudrait-il mieux regarder ce problème comme insoluble, à cause des complications qui existent presque constamment. Il termine en disant qu'il a cité dans le *Compendium* un fait qui présente beaucoup d'analogie avec celui de Littre. Le malade survécut trois quarts d'heure ; de sorte que la réaction très vive qui suivit l'accident empêche déjà de regarder ce fait comme bien concluant.

M. Chassaignac reproche à l'observation de Littre d'être trop vague ; tant que l'on n'aura pas démontré d'une manière exacte les altérations qui sont le fait de la commotion seule, il faut s'abstenir. De ce que la commotion soit beaucoup plus difficile à constater dans ses lésions que la contusion, ce n'est pas un motif pour abandonner les expériences ; seulement il faut les faire autrement que M. Fano, qui cassait la tête à ses animaux et produisait nécessairement des contusions cérébrales. En prenant des précautions convenables, il est possible d'étourdir les animaux, de porter l'étourdissement aussi loin que possible, et une fois cet effet obtenu, en ouvrant de suite la poitrine, on pourra examiner ensuite dans quel état se trouve le cerveau.

M. Gerdy est de l'avis de M. Chassaignac sur la possibilité de produire des commotions sans contusions. Il ajoute que, pour bien se rendre compte de la commotion, il faut l'étudier dans ses divers degrés ; de là la division en groupes, qui peuvent monter jusqu'à cinq et plus.

Dans le premier degré, la commotion ne porte que faiblement et instantanément sur les sens ; de là les vertiges, les éblouissements, les troubles dans la vue.

A un second degré, lorsque, par suite d'un coup de poing sur la tête, la commotion est plus forte, la musculation est atteinte, l'individu frappé chancelle, tombe et se relève bientôt ; il y a eu sidé-

ration : ce fait s'observe fréquemment à la chasse sur les animaux blessés.

Dans les deux premiers degrés, l'intelligence avait été conservée ; dans le troisième, il n'en est plus de même ; lorsque le coup a été plus fort, l'individu frappé ne commande plus à ses mouvements ; il ouvre les yeux, se relève ; mais, pendant quelques instants, il n'est pas en état de se diriger. Supposez l'ébranlement plus marqué : la fonction de la connaissance est perdue pour plusieurs heures, plusieurs jours ; ce n'est que sous l'influence des émissions sanguines que cet état se dissipe. Enfin, dans le dernier degré, ce n'est plus seulement un ébranlement qui pourra se dissiper à la longue : l'individu est assommé sur le coup ; dans ce cas, il est probable qu'il y a une lésion matérielle, mais jusqu'à ce jour elle a échappé à nos moyens d'investigation.

Il est possible de faire des expériences pour saisir sur le fait cette action mécanique qui permet à l'organe de revenir immédiatement à son premier état.

Serait-il maintenant possible de bien préciser où est la limite de la commotion ? Quelle sera ensuite l'utilité d'apprécier ce trouble matériel ? Ce sont là deux questions à résoudre.

M. Chassaignac est heureux de voir son opinion partagée par M. Gerdy ; il ajoute que chez des malades qui, à la suite d'une commotion violente, ont perdu l'usage de l'ouïe pendant plusieurs mois, il y a eu là un désordre plus que momentané.

M. Denonvilliers voudrait que dans les expériences on atteignît le dernier degré, la mort instantanée, et c'est là, il le répète, une chose beaucoup plus difficile à faire qu'on ne le pense pour y arriver sans produire de complications.

**Correspondance.**

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Seutin, qui accuse réception du diplôme de membre correspondant.

## *Séance du 24 mars* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

M. Chassaignac présente deux malades atteintes, l'une de fistule lacrymale, l'autre de fracture spontanée de l'humérus.

**Fistule lacrymale.**

La première malade offre un exemple de cette variété de fistules lacrymales qui ne peuvent guérir que par l'autoplastie. L'incurabilité de ces fistules par d'autres moyens que par l'autoplastie est d'autant plus regrettable qu'elles sont quelquefois, et c'est précisément ce qui a lieu dans le cas particulier, constituées par un pertuis à peine visible, d'où suinte de temps à autre une gouttelette de liquide d'une transparence parfaite. Ce qui caractérise ces fistules, c'est, d'un côté, la perte de substance des téguments, et, d'autre part, l'excessif amincissement des tissus qui forment la marge de la fistule, ainsi que leur adhérence aux tissus osseux. Chez cette femme, l'adhérence aux os n'est pas douteuse; on la reconnaît à la dépression profonde de l'orifice fistuleux, à son immobilité absolue pendant les mouvements qu'on imprime aux téguments circonvoisins, et enfin au contact presque immédiat d'une surface osseuse quand on presse sur l'orifice fistuleux.

**Fracture spontanée de l'humérus.**

La seconde malade est une femme de vingt-huit ans, chez laquelle est survenue une fracture spontanée de l'humérus droit dans la période de dessiccation d'une variole confluente. Au moment où la malade s'appuyait sur son lit, l'humérus s'est fracturé à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur. Les deux tiers inférieurs présentaient, au moment où l'on examina la fracture, un accroissement de moitié dans les diamètres de l'os. Celui-ci était excessivement douloureux à la pression. Un appareil à attelles est appliqué. Quelques jours après un abcès considérable se forma à la partie supérieure et interne du bras. Toutes ces circonstances n'empêchent pas la consolidation de s'effectuer, et aujourd'hui elle paraît complète.

L'impossibilité où l'on s'est trouvé de rattacher cette fracture aux causes ordinaires des fractures spontanées, à savoir: les hydatides, le cancer, l'ostéomalaxie, les affections syphilitiques des os, les tubercules, etc., a conduit à penser que l'influence de l'infection varioleuse n'y était point étrangère. Ce serait alors un fait à peu près unique dans la science; car nous n'avons pas vu que la variole ait jamais été considérée comme cause de fracture.

Suivant la remarque de M. Marjolin, il y a eu chez cette malade les abcès multiples à la suite de cette variole.

### Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Fragments historiques et médicaux sur l'hôtel national des invalides ;* par M. le docteur Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides,

2° Une lettre du même, à l'occasion du compte-rendu de la dernière séance.

### Douleurs des amputés.

« Monsieur le président,

» Le compte-rendu de la séance du 10 de ce mois de la Société de chirurgie, que je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de ce jour, contient une erreur de M. le docteur Boinet qu'il m'importe de rectifier.

» Notre honorable confrère croit que j'ai voulu démontrer, dans un travail publié en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*, que les douleurs des amputés sont toujours le résultat d'altérations pathologiques de l'extrémité des os ou des nerfs. Telle n'a jamais été ma pensée.

» Le travail dont il est ici question est le résumé d'une lecture que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie le 4 novembre dernier. Mon mémoire a été renvoyé à une commission dont M. le professeur Bérard est le rapporteur. Rien, dans ce mémoire, ne justifie le dire de M. Boinet. Lorsque M. le rapporteur rendra compte de ce modeste travail, on pourra s'en convaincre. Il y est établi, au contraire, que je reconnais différentes causes de douleurs, et M. le professeur Larrey les a déduites dans ce qu'il a ajouté à la communication de M. Boinet.

» Dès le commencement de mon travail, j'ai reconnu que certaines douleurs sont dues à la névrite, à l'artérite, à la névrose, à l'ostéomyélite, etc. Ce ne sont pas celles-là, ai-je dit, qui sont le sujet de mon mémoire. Celles dont je m'occupe sont tout à fait distinctes des précédentes.

» S'il m'était permis d'entrer dans de plus grands détails, notre

estimable confrère verrait qu'il n'a pas tout à fait saisi le sens de mes paroles ; mais le rapport de M. Bérard n'étant pas encore fait, je dois me tenir dans les termes d'une entière réserve. Je puis cependant rappeler encore ici le passage du compte-rendu inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* :

« Je me crois donc autorisé à regarder ces lésions (des nerfs et » des os) comme des causes très prochaines du mal, sans dire » qu'elles soient les seules. »

» Je tiens trop à l'opinion de MM. les membres de la Société pour ne pas vous prier, monsieur le président, de rectifier ce que M. le docteur Boinet, trompé lui-même par une fausse appréciation, aurait pu laisser d'incertain sur des opinions qui seraient par trop exclusives, et par conséquent erronées ; et je prie mon très estimé confrère de croire, au contraire, que je reconnais comme lui que beaucoup de douleurs, chez les amputés, tiennent à d'autres causes que celles auxquelles il a fait allusion.

» Agréez, etc. *Le chirurgien en chef des Invalides*,

» HUTIN. »

M. BOINET. Je pensais n'avoir pas commis d'erreur pour ce qui regarde l'opinion de notre honorable confrère M. Hutin sur les douleurs des amputés, puisque, dans la *Gazette des Hôpitaux*, où se trouve le compte-rendu du mémoire de M. Hutin sur ce sujet, il n'est nullement question de l'inflammation des nerfs comme cause des douleurs chez les amputés; et c'est ce que j'ai dit. M. le docteur Hutin écrit qu'il a consigné cette cause dans son mémoire; je n'en doute pas ; mais comme ce mémoire n'est pas encore publié, et qu'il nous est inconnu, je ne pouvais par conséquent le citer, et ne pouvais parler que de ce qui avait été publié : ce qui d'ailleurs m'engageait encore à m'exprimer d'une manière aussi positive, et à me faire croire que notre confrère pouvait bien n'avoir pas admis cette cause, c'est que tous nos auteurs modernes n'en disent mot, pas plus nos dictionnaires que nos ouvrages de chirurgie; et comme dans les cas que je montrais à la Société je ne trouvais aucune des causes signalées par tous les chirurgiens, et que cependant il existait des douleurs atroces, j'en concluais, et avec raison je crois, que la cause la plus fréquente des douleurs chez les amputés est surtout la névrite.

— M. Chassaignac communique à la Société deux procédés opératoires qu'il a récemment mis en pratique à l'hôpital St-Antoine.

### Tumeurs sous-cutanées mobiles.

Le premier, qui a pour objet l'ablation des tumeurs sous-cutanées mobiles, comprend deux temps :

1° Une incision dans laquelle on ne doit diviser que la peau sans intéresser les parois du kyste, ce qui exige parfois des précautions particulières, comme l'introduction d'une sonde cannelée à travers une ponction préalablement faite sur un des côtés de la tumeur;

2° La formation d'un pédicule à la tumeur. Pour constituer ce pédicule, dans les cas où la tumeur est sessile, une pince à polypes ou tout autre instrument à baguettes saisit la tumeur de manière à la détacher des parties profondes. On passe ensuite en deçà de la pince un cordonnet de soie un peu gros, auquel on fait former un nœud simple, sur les deux chefs duquel on exerce un forte traction qui devient très promptement expulsive de la tumeur; expulsion qui a lieu sans arrachement brusque, mais par la méthode *à tergo*.

Deux malades portant, l'un un kyste sébacé de la face, l'autre un kyste mélicérique du cuir chevelu, ont été soumis à ce mode opératoire, qui a très bien réussi comme exécution immédiate.

### Déviations de la sous-cloison nasale.

L'autre procédé est relatif aux déviations du bord inférieur du cartilage de la cloison nasale dans le point correspondant à ce qu'on appelle la sous-cloison du nez. Cette déviation consiste en ce qu'au lieu de se terminer par un bord rectiligne, le cartilage se recourbe de manière à former dans l'une des narines une sorte de bec cartilagineux.

Dans un premier temps on divise longitudinalement la peau de la sous-cloison, et l'on arrive jusqu'au cartilage.

Le second temps consiste à décoller la muqueuse qui recouvre le bec cartilagineux. Celui-ci mis à découvert est réséqué. Après quoi on réunit la petite plaie par trois points de suture entrecoupée.

M. Guersant demande si le moyen proposé par M. Chassaignac a l'avantage de prévenir les érysipèles, qui sont si fréquemment la

suite des opérations de ce genre; car, suivant lui, ce sont là les accidents qu'il faudrait tâcher de prévenir, et toutes les recherches doivent tendre vers ce but.

**Cancroïde de la face.**

M. Robert lit un rapport sur un travail de M. le professeur Sédillot, intitulé :

*Cancroïde datant de vingt-deux ans. Destruction de la totalité de la lèvre supérieure, de l'aile gauche du nez, de la moitié de la cloison sous-nasale du quart de l'aile droite du nez, d'une portion de la joue gauche, et de toute la paroi antérieure de l'arcade dentaire supérieure. Cheiloplastie par mon procédé à double lambeau de la méthode indienne. Résection partielle du maxillaire supérieur. Guérison.*

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Renvoi du travail de M. Sédillot au comité de publication :

2° L'admission de M. Sédillot comme membre correspondant.

M. Chassaignac demande dans quel état étaient les dents incisives avant l'opération, et ce qui s'est passé depuis. Dans un cas analogue, à la suite d'une gangrène qui avait détruit une partie des lèvres et des joues, il a vu les dents incisives entièrement découvertes; elles n'étaient plus enchâssées que par la partie profonde, toute la racine en avant était à nu; malgré cette dénudation, elles se sont conservées.

M. Larrey cite un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Chassaignac.

Un soldat du train des équipages, nommé Dupuy, entré au service en 1846, et malade au Val-de-Grâce depuis trois ans, a offert successivement divers symptômes de la diathèse scrofuleuse la plus caractérisée : engorgement spontané des ganglions cervicaux, abcès froids multiples, ulcérations fistuleuses de la tête, de la poitrine et des membres; otorrhée double, et enfin estyomène de la face fixé à la lèvre supérieure, qui a été peu à peu envahie, rongée, détruite en totalité. L'ulcération profonde, après avoir dénudé l'arcade alvéolaire dans toute l'étendue correspondante, en a détaché les dents incisives et canines, en même temps qu'elle a emporté la sous-cloison nasale et perforé la voûte palatine. Cette affection grave n'a rien offert dans ses antécédents ni dans ses symptômes qui

pût s'appliquer soit au cancer, soit à la syphilis. Tous les traitements réputés les plus rationnels ont été successivement essayés, mais en vain, et les conditions tant générales que locales ne permettent pas même de tenter la cheiloplastie.

La discussion sur le travail de M. Sédillot étant terminée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. On procède ensuite à l'élection.

M. le président annonce que M. Sédillot est nommé membre correspondant à l'unanimité.

### Névromes.

M. Lebert termine la lecture de son rapport sur le travail de M. Houel sur les névromes. Ce rapport, qu'on pourrait presque regarder comme une monographie sur les névromes, comprend, outre l'historique de tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur cette matière, des rapprochements qui prouvent combien il y a de variétés de symptômes dans ce genre d'affection. M. Lebert a, en outre, cherché à rendre compte de la pathogénie du névrome.

En terminant son rapport, M. Lebert propose au nom de la commission :

1° Le renvoi du travail de M. Houel au comité de publication ;

2° L'admission de M. Houel comme membre de la Société.

M. Gibaldès aurait désiré que M. Lebert ne fît pas entrer dans son rapport un cadre symptomatologique, par la raison que les éléments que la science possède aujourd'hui sont incomplets et même inexacts.

C'est ainsi que, d'après quelques-unes des observations citées dans le rapport, il attribue la paralysie des membres inférieurs à la présence de névromes dans les racines des nerfs rachidiens. Or dans une des observations, celle de M. Serres, toutes les racines des nerfs rachidiens étaient le siége d'un ou plusieurs névromes, et cependant aucune modification dans les fonctions de la sensibilité et de la musculation n'avait été observée pendant la vie. Ce malade étant mort d'une fièvre typhoïde à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Piedagnel, il a été facile de se procurer des renseignements précis. Lorsque l'observation du malade de M. Serres fut communiquée à l'Académie des sciences, la dissection n'était pas terminée et les renseignements n'étaient pas encore réunis. Dans

cet état, l'observation laissait donc beaucoup de lacunes à combler.

M. Giraldès termine sa remarque en disant que, de tous les cas connus, celui de M. Serres est peut-être le plus intéressant. En effet, chez ce malade il y avait des névromes dans le grand sympathique, dans les nerfs des mouvements, dans ceux affectés à la sensibilité générale; les nerfs cutanés et les rameaux musculaires contenaient également de ces tumeurs.

M. Maisonneuve demande si M. Giraldès a publié l'observation, car il est d'une grande importance qu'elle soit bien connue.

**Tumeur fibreuse sessile intra-utérine enlevée peu de temps après un accouchement.**

Il y a peu de temps, M. Huguier, en montrant à la Société la tumeur qu'il avait enlevée le matin, avait donné quelques détails, se réservant de les compléter; aujourd'hui il présente l'utérus de cette malade et communique en même temps l'observation.

Le 10 février est entrée à l'hôpital Beaujon une nommée Hontémely (Louise-Joséphine), âgée de vingt-six ans, lingère, d'une faible constitution. Cette femme est accouchée, il y a onze ans, d'un enfant qui est aujourd'hui bien portant.

Depuis quatre ans environ, elle éprouve des tiraillements incommodes dans le bas-ventre et se plaint de pesanteurs à la partie supérieure des cuisses; ses règles pendant tout ce temps restent régulières; mais, au milieu de leur écoulement, la malade constate qu'elles s'arrêtent quelquefois tout à coup; puis, après un intervalle plus ou moins long, soit à l'occasion d'une marche forcée ou d'une station verticale trop prolongée, elle sent tomber des organes sexuels une masse plus ou moins considérable de sang coagulé. Malgré ces troubles des fonctions des organes sexuels, la malade devint enceinte; après sept mois environ de grossesse, elle éprouva les douleurs de l'enfantement; alors elle entra à la Maternité pour y accoucher. Le fœtus dont elle accoucha paraissait avoir cinq mois; ce fut au moins l'avis des sages-femmes qui l'accouchèrent et de MM. Danyau et Dubois, qui lui prodiguèrent leurs soins, quoique la malade certifiât qu'elle était enceinte de près de sept mois : cette assertion de sa part est basée sur les faits qu'elle allègue. Elle assure même qu'elle n'a pas eu de rapports sexuels de-

puis cette époque; de plus, elle se rappelle qu'un mois environ avant d'entrer à la Maternité, en portant un fardeau (paquet de linge), elle éprouva une douleur assez vive dans le bas-ventre, ce qui lui fit supposer qu'elle s'était blessée. A partir de ce moment, elle sentit comme un corps inerte ballotter dans l'abdomen. Les seins et le ventre s'affaissèrent, et la malade se plaignit jusqu'à son entrée à l'hôpital d'un malaise continuel.

L'accouchement eut lieu le 25 janvier; la malade éprouva de très grandes douleurs; cependant les sages-femmes de la Maternité la délivrèrent sans grandes difficultés.

MM. Dubois et Danyau, après avoir vu la malade, reconnurent la tumeur et en précisèrent le siége.

Le lendemain de l'accouchement, la malade fut prise de diarrhée et sortit sur sa demande de la Maternité huit jours après avoir été délivrée. Elle resta quelques jours chez elle, puis enfin elle se présenta dans nos salles le 10 février.

La physionomie est profondément altérée; le pouls est petit, fréquent; la langue fuligineuse et sèche; elle nous fait part de quelques-uns de ses antécédents, qui mettent sur la voie du diagnostic porté à la Maternité; de plus, elle répand autour d'elle une forte odeur gangréneuse.

Comme la malade n'a pu uriner depuis fort longtemps et qu'elle présente à la région hypogastrique une tumeur résistante assez régulière, on commence par la sonder pour parer aux accidents de la rétention et aussi pour offrir un champ plus libre à l'exploration des parties génitales.

En explorant le vagin, on découvre une tumeur énorme qui comprime d'arrière en avant le canal de l'urètre; ainsi se trouvent expliquées la douleur dans la miction et la difficulté de cette fonction. Cette tumeur empêche le doigt explorateur d'arriver au cul-de-sac vagino-utérin en avant et sur le côté; cependant, en portant la main dans le vagin, le doigt explorateur peut pénétrer dans le col utérin entre la paroi postérieure de ce col et la base de la tumeur. C'était par cet orifice que l'accouchement s'était fait.

Quelle était la nature de cette tumeur?

M. Huguier reconnut qu'il n'avait point affaire à un débris de placenta; il faut dire que le diagnostic de MM. Dubois et Danyau l'avait aidé dans cette circonstance.

Il procéda le matin même à l'ablation des parties ramollies et gangrenées de la portion inférieure de la tumeur; il eût même enlevé la totalité de la masse s'il eût eu les instruments nécessaires; le soir, à cinq heures, il acheva l'opération.

La mollesse de la tumeur, sa composition formée de petites tumeurs secondaires séparées les unes des autres par du tissu cellulaire enflammé, ramolli, firent que le chirurgien ne put attirer au dehors toute la masse de la tumeur; afin d'en couper la base, il se vit dans la nécessité de la morceler pour l'enlever.

La tumeur fut totalement détachée après avoir été divisée en huit fragments. On reconnut alors que sa base s'insérait sur toute la face utérine de la paroi antérieure du col et sur les côtés, qu'elle présentait un diamètre de 8 centimètres environ et une circonférence de 24 centimètres.

On ne vit point survenir d'hémorrhagie ni pendant ni après l'opération; jusqu'au soir, le pouls reste à 120 pulsations; état subcomateux, douleurs dans le côté droit.

Le 11 février, la malade est tranquille; 64 pulsations; les douleurs dans le côté droit ont disparu.

Le 12, vers le soir, le pouls monte à 110 pulsations; les joues sont colorées; légère insomnie pendant la nuit.

Le 13, frissons avec claquements de dents; insensibilité du ventre, 99 pulsations.

Le 14, apparition d'un érysipèle à la partie externe et supérieure de la cuisse droite; le pouls est à 82 pulsations; insensibilité du ventre.

Le 15, l'érysipèle augmente; 84 pulsations; le ventre un peu sensible.

Le 16, l'érysipèle semble gagner le flanc droit; 96 pulsations; le ventre redevient insensible.

Le 17, frissons légers pendant le jour, diarrhée la nuit; 92 pulsations.

Le 18, la malade a la langue molle; elle répond gaîment aux questions qu'on lui adresse; le pouls est à 64 pulsations; l'érysipèle s'avance du flanc droit vers le dos; il s'écoule par le col utérin une certaine quantité de pus crémeux, jaunâtre, épais; l'utérus est remonté à sa position normale; le col est assez élevé : on peut introduire le doigt dans sa cavité; on ne sent plus aucune trace de

la tumeur; on ne peut même pas préciser quel était le siège de son insertion.

Le 19, la malade est bien; son ventre n'est pas ballonné, son pouls présente 70 pulsations; le pus qui s'écoule des organes génitaux fait venir de légères excoriations à la partie supérieure des cuisses.

Le 20, la malade est dans le même état que le jour précédent; la paroi postérieure du vagin est rouge; le pus s'écoule toujours des organes génitaux.

Le 21, la mieux continue.

Le 22, frissons dans la journée; deux vomissements bilieux; 76 pulsations pendant le jour, 100 pulsations le soir.

Le 23, le ventre est un peu douloureux à la pression; frissons pendant le jour à deux reprises différentes.

Le 24, l'érysipèle a gagné le dos; légers frissons pendant le jour; la respiration est accélérée; le pouls est petit et fréquent.

Le 25, vomissements opiniâtres pendant la nuit; respiration difficile, pouls à 100 pulsations. Le ventre n'est pas douloureux; la malade se plaint de son érysipèle du dos, qui commence à gagner la partie postérieure du cou; application d'un vésicatoire sur l'épigastre, frictions avec l'onguent napolitain sur toutes les parties envahies par l'inflammation.

Le 26, affaissement de la malade; l'érysipèle a gagné le cuir chevelu; râle sous-crépitant du poumon droit; l'auscultation ne découvre rien dans le poumon gauche. La respiration est accélérée; le pouls est petit, filiforme.

Le 27, légers frissons pendant le jour; deux vomissements bilieux; la respiration est restée très accélérée; de plus, la malade se plaint de légères douleurs dans la poitrine du côté du poumon droit; le ventre n'est point douloureux; diarrhée fréquente. Le diascordium est donné à l'intérieur et le laudanum en lavement.

Le 28, les joues se colorent; elles commencent à être envahies par l'érysipèle, qui a fait le tour du cuir chevelu; la malade présente un peu de délire vers le soir, délire fugace qui ne l'empêche pas de répondre aux questions qu'on lui adresse; mais bientôt si on cesse l'interrogation le délire recommence. La respiration de la malade devient très difficile; la langue, qui pendant tout le temps qui a suivi l'opération était redevenue molle, com-

mence à se sécher de nouveau; le ventre n'est pas douloureux; la diarrhée continue.

Le 29, l'affaissement de la malade est extrême; la diarrhée est fort abondante, le pouls petit, filiforme.

Le 1er mars, la malade se plaint de douleurs à la partie postérieure du bassin; l'examen y fait découvrir derrière le sacrum une eschare assez étendue.

Le 2, l'état de la malade est à peu près le même que le jour précédent; la diarrhée est fort abondante. Continuation du diascordium et du sirop de coing. Le sirop de coing est remplacé par la tisane de bistorte et de ratanhia; la respiration est extrêmement gênée. Application de la pommade stibiée au dos et sur le côté droit.

Le 4, tous les symptômes vont en augmentant. Affaissement considérable de la malade; respiration excessivement pénible. L'érysipèle a complétement envahi la face; l'escarre du sacrum s'est agrandie, la langue est fuligineuse et sèche. La malade peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse.

Le 5 et le 6, tout cet ensemble de symptômes s'exagère encore, et la malade meurt le 7 mars.

*Autopsie.* — Après avoir soulevé la paroi antérieure de l'abdomen, on ne découvre pas la moindre trace de péritonite. Le grand épiploon est libre; il tenait cependant un peu du côté droit par son bord inférieur à la trompe droite, comme nous le verrons tout à l'heure. L'intestin grêle est libre aussi. Si on soulève la masse intestinale de l'intestin grêle de bas en haut et de gauche à droite, on aperçoit le rectum et l'os iliaque, qui sont libres et sans adhérence; cette même masse intestinale étant portée en haut et à gauche, on voit le cul-de-sac du cœcum adhérent à la trompe et à l'ovaire droit. Ces deux derniers organes se trouvent dans la fosse iliaque correspondante et non dans l'excavation pelvienne. L'ovaire, du reste, ne présente rien de remarquable; la trompe, au contraire, est légèrement enflammée; nous avons dit qu'elle était adhérente à la partie droite du bord inférieur du grand épiploon.

Dans l'excavation pelvienne, on voit un peu de sérosité extrêmement transparente. La partie droite du fond et de la face postérieure de l'utérus adhère au péritoine par de petites adhérences immédiates, courtes et faciles à rompre; ces adhérences déchirées

et l'utérus soulevé en avant et en haut, on trouve à droite du rectum, immédiatement au-dessous de ces adhérences, une cuillerée à café de pus concret qui occupe un espace limité entre un pouce de haut et un tiers de pouce de large sur la face postérieure de l'utérus. L'utérus est détaché avec la portion supérieure du vagin; on trouve alors que le tissu cellulaire du ligament large droit est épaissi et infiltré.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est d'un blanc mat et plus épais qu'à son état normal. Le tissu de l'utérus est ramolli, d'un gris jaunâtre; on y remarque à peine quelques très petits vaisseaux exsangues. La cavité du col de l'utérus, revenue sur elle-même, laisse passer le petit doigt; elle renferme une certaine quantité de mucus épais, filant, d'un gris jaunâtre. Il n'existe aucune lésion appréciable dans cette région de la cavité utérine.

A deux ou trois millimètres au-dessus de l'orifice cervico-utérin, qui offre les mêmes dimensions que la cavité du col, on trouve dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus une dépression, de forme circulaire, ayant 8 millimètres de profondeur et 15 millimètres de diamètre; le fond est d'un gris jaunâtre; les bords, la surface, aussi bien que les parties qui supportent cette ulcération digitiforme, offrent la même consistance que le tissu propre de l'utérus. Cette sorte d'ulcération ou trace d'insertion anticipe légèrement sur le bord gauche de la cavité de l'utérus; sa profondeur s'explique par le retrait de l'organe. Les couches externes de la substance de l'utérus ayant été détruites lors de l'extirpation de la tumeur, toute la racine avait été ainsi suivie jusque dans l'épaisseur de la substance du tissu propre de l'utérus. Cet organe, tant dans son épaisseur que dans sa surface et autour de l'ulcération, ne présente aucune trace d'inflammation.

On examine alors les autres viscères, et on trouve à la surface du poumon droit, en avant, trois petits abcès métastatiques déposés entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale; leur diamètre est à peu près égal, il est d'un centimètre et demi. Le pus renfermé dans ces abcès est blanc-jaunâtre, concret. A la base du même poumon droit, on trouve un abcès considérable placé entre le diaphragme et cette base, et qui soulève le poumon de bas en haut. Le tissu pulmonaire qui environne cet abcès est grisâtre, infiltré de pus et comme induré; puis, au-dessus, le tissu pulmonaire a

repris sa consistance physiologique. La plèvre qui enveloppe le diaphragme est, au niveau de l'abcès, considérablement épaissie. La quantité de ce pus peut être évaluée à la quantité de liquide que contiendrait un verre ordinaire ; ce pus est assez concret et jaunâtre. En incisant ce poumon d'arrière en avant, on trouve dans son épaisseur deux petits abcès métastatiques environnés d'une couche de tissu pulmonaire rouge et induré. Le poumon du côté gauche, le foie, la rate, les reins, le cerveau, un grand nombre d'articulations sont ensuite examinés sans qu'on puisse y découvrir la moindre trace d'abcès métastatique.

M. Huguier, après avoir terminé la lecture de son observation, croit devoir insister sur quelques points qui peuvent intéresser la médecine légale. Comment se fait-il que le fœtus n'ait paru âgé que de cinq mois, lorsqu'au dire de la malade la grossesse remontait à sept mois ? Il croit que dans ce cas le fœtus avait succombé longtemps avant l'accouchement, et qu'il n'avait subi aucune altération. A l'appui de cette opinion, il cite ce qu'il a observé dans plusieurs cas de grossesse extra-utérine et sur ce qui se passe lorsqu'on met les substances animales à l'abri du contact de l'air. Il se demande aussi si un accident moral ou physique ne peut pas amener un arrêt de développement chez le fœtus.

### Ancienne blessure de la vessie par arme à feu.

M. Huguier présente à la Société la vessie d'un homme entré dans son service pour un catarrhe de vessie, et à l'autopsie duquel on trouva une lésion fort curieuse de la vessie.

Cet homme, dont la constitution était très affaiblie, était âgé de soixante-cinq ans. En 1813, à la bataille de Leipsick, il reçut une balle qui, pénétrant par la cuisse gauche, à un pouce et demi au-dessous de l'arcade crurale et à un pouce en dehors du bord interne de la cuisse, ressortit par la fesse droite, à un pouce et demi en dehors du sacrum.

Chasseau urinait parfaitement bien avant sa blessure ; mais aussitôt après, l'urine s'écoula par les deux ouvertures de la plaie. Peu à peu les fistules tarirent, et au bout de deux mois l'urine avait repris son cours normal. Néanmoins, depuis cette époque il y eut une incontinence d'urine ; le jet était petit et la miction douloureuse. Vers le mois de mai 1851, ayant éprouvé des coliques et

des élancements dans le bas-ventre, il fut soigné par M. Boyer, qui employa pendant quelque temps les bougies à demeure. Au mois de septembre de la même année, étant entré à Beaujon pour les mêmes accidents, M. Huguier pratiqua le cathétérisme, et ne trouva aucun rétrécissement; seulement il remarqua qu'il y avait une légère déviation du canal à droite vers la prostate. Comme les douleurs étaient très vives au niveau des reins et dans le bas-ventre, on appliqua successivement des cautères à la région hypogastrique et à la région lombaire; en outre, on fit prendre au malade des bains simples et des bains sulfureux.

Au commencement de janvier 1852, il y avait un peu d'amélioration; mais cet état dura peu. Bientôt la cystite redoubla, le malade s'affaiblit; à une bronchite assez intense vinrent se joindre des frissons, une fièvre lente. Dans le but de combattre ces derniers symptômes, M. Huguier recourut à l'emploi du quinquina, du sulfate de quinine; mais tous les moyens employés échouèrent: les symptômes s'aggravèrent, les membres s'œdématièrent, la respiration devint de plus en plus difficile, et le malade succomba le 17 mars 1852.

A l'autopsie, en incisant sur la cicatrice extérieure, on reconnut que la balle avait dû passer en dedans des vaisseaux cruraux; du reste, nulle trace de son trajet dans les parties molles. L'examen le plus attentif des os du bassin ne permet de constater aucun désordre. La balle aurait donc traversé seulement les parties molles en passant par le trou obturateur et l'échancrure sciatique. La vessie présentait une disposition très singulière; elle était munie d'une poche supplémentaire, assez étendue, communiquant avec le réservoir principal par un orifice ayant à peine un centimètre de diamètre. Comme capacité, cette poche est presque l'égale de la vessie. L'orifice de communication est à la partie postérieure et inférieure gauche de la vessie. La prostate était volumineuse, indurée; le lobe gauche était surtout plus volumineux, ce qui explique la déviation de la sonde à droite. Les vésicules séminales étaient atrophiées et indurées.

Le reste de l'autopsie n'a pu être pratiqué.

L'examen de la pièce anatomique a fait voir qu'en avant et surtout en arrière de la poche accessoire il existe des fibres musculaires qui semblent se continuer avec celles de la vessie; qu'elles vont

en s'épanouissant et en se raréfiant de plus en plus, de telle sorte qu'elles ont complétement disparu à 4 ou 5 centimètres du trou de communication.

Cet orifice est situé sur la face latérale gauche, à 2 centimètres et demi au-dessus et en dehors de l'ouverture de l'uretère gauche. La membrane muqueuse de la vessie, en pénétrant dans ce diverticulum, ne présente rien à noter, si ce n'est un peu plus de rougeur. A l'intérieur, le col de la vessie est tout à fait sain.

En ouvrant l'urètre par sa face supérieure, on note :

1° Une saillie transversale du bord postérieur de ce conduit, saillie épaisse d'un centimètre, et formant, d'un côté de l'urètre, un relief presque à pic, de près d'un centimètre et demi, par rapport à la paroi postérieure de l'urètre, relief disposé de manière à former à peu près un angle droit avec cette paroi.

En rapprochant les deux lèvres de l'incision pratiquée pour examiner le col vésical, on voit évidemment que, lorsque l'urine tendait à s'échapper, le bord postérieur ainsi tuméfié était poussé vers le bord antérieur et ne laissait échapper l'urine qu'avec difficulté.

2° La région prostatique est peu élargie, et le lobe gauche de la prostate, un peu plus volumineux que le droit, imprime au canal une légère déviation à droite.

3° La portion membraneuse est saine.

4° Dans la région la plus reculée du bulbe se trouve une cicatrice blanc-nacré, à fibres transversales, annonçant évidemment l'existence d'un rétrécissement dilaté.

Cette cicatrice a 1 centimètre d'avant en arrière; au-devant du rétrécissement l'urètre a une coloration plus rouge que partout ailleurs dans une étendue de 4 centimètres.

— M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique provenant d'une malade à laquelle il a pratiqué la ligature de l'artère vertébrale gauche au niveau de la sixième vertèbre cervicale.

Cette opération a été faite pour arrêter une hémorrhagie consécutive à une blessure par arme à feu. Elle a réussi en ce sens que l'hémorrhagie a été parfaitement arrêtée, que les fils de la ligature sont tombés au bout de dix jours sans qu'elle se soit reproduite, et que l'oblitération complète et solide a eu lieu tant dans le bout supérieur que dans le bout inférieur par la formation d'un caillot de plusieurs centimètres de longueur.

Le malade a succombé un mois après l'accident, vingt et un jours après la ligature. La mort a été le résultat de la nécrose d'une portion de la sixième vertèbre cervicale, nécrose due à la blessure par arme à feu.

## *Séance du* 3 *avril* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

#### Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sédillot, adressée au président de la Société à l'occasion de sa nomination ;

2° Une brochure de M. le docteur Le Roy-d'Etiolles, sur les avantages des bougies tortillées et crochues dans les rétrécissements de l'urètre;

3° La thèse de M. Piachaud, sur les déviations de l'utérus à l'état de vacuité.

#### Ulcération perforante de la vessie.

M. Vidal communique à la Société l'observation suivante :

Un porteur d'eau âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, entra dans son service pour une rétention d'urine. L'élève interne qui le sonda la première fois employa une petite sonde en gomme élastique et sans mandrin. Comme le méat urinaire était rétréci par un chancre induré, M. Vidal fut obligé de la débrider. Très peu de temps après, cette plaie s'inocula. Jusqu'ici rien d'extraordinaire ne s'était fait remarquer, lorsque, le lendemain de l'entrée du malade, des symptômes généraux très graves se manifestèrent, le ventre devint tendu, douloureux; aucun traitement ne put enrayer la marche des symptômes, et la mort survint le sixième jour.

A l'autopsie, on découvrit dans la vessie, à droite de son corps, une ulcération du diamètre d'une pièce de 25 centimes. Au fond de cette ulcération sont trois petites ouvertures, qui permettent à l'urine de s'épancher dans le tissu cellulaire environnant. Dans le bas-fond et au pourtour de l'ulcération, on trouve çà et là de pe-

tites élevures, dures comme des concrétions calcaires, offrant beaucoup d'analogie avec les concrétions artérielles.

Quelles sont maintenant les causes qui ont amené cette perforation? Plusieurs hypothèses se présentent.

1° On peut supposer l'action, soit directe, soit prolongée, de la sonde. Mais, outre que le cathétérisme avait été fait avec beaucoup de soin, avec une sonde en gomme dépourvue de mandrin, jamais la sonde n'a été laissée à demeure.

2° Chez un sujet où l'inoculation était très facile, on peut supposer que la première sonde a pu porter directement du pus du méat jusque sur les parties latérales de la vessie; ce serait alors ce pus inoculable qui aurait donné naissance à un chancre perforant.

3° Ne serait-il pas possible enfin que ces concrétions calcaires, qui sont assez nombreuses dans le voisinage de la perforation, n'aient pas permis à la vessie de se dilater également? de là une rupture analogue à celle qu'on observe dans les vaisseaux artériels qui ont subi la dégénérescence calcaire.

### Amputations partielles et mixtes du pied.

M. Verneuil présente à la Société de chirurgie deux moignons d'amputations anciennement pratiquées, l'une dans la continuité du métatarse, l'autre dans l'articulation tibio-tarsienne. Il joint à la première pièce une observation prise sur le vivant, et relative à une amputation partielle du pied pratiquée pour une lésion traumatique et par le procédé de M. Baudens.

Ces deux dernières opérations suggèrent à l'auteur des réflexions sur les amputations partielles en général, et en particulier sur les opérations mixtes, c'est-à-dire moitié dans la continuité, moitié dans la contiguïté.

Une amputation étant jugée nécessaire, faut-il encore toujours suivre les procédés réguliers de Chopart, de Lisfranc, ou pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne? ou bien enfin peut-on, d'après le conseil donné par A. Cooper et Mayor, de Lausanne, considérer le pied comme un tout indivis, et pratiquer la section à tous les niveaux sans tenir compte des interlignes articulaires?

Pour juger cette question en l'absence des faits, il faut tenir compte des résultats immédiats de l'opération et des suites ultérieures relatives à la station et à la marche.

Les principes généraux qui peuvent guider en pareil cas peuvent e résumer de la manière suivante :

1° Conserver l'un des bords du pied, certaines apophyses qui ouent dans le mécanisme de la station un rôle important; par xemple, une portion du premier métatarsien, le premier cunéiorme, ou le scaphoïde, ou la tubérosité du cinquième métatarsien;

2° Ménager autant que possible les points d'insertion des muscles péroniers et leurs gaînes synoviales pour prévenir les déviaions consécutives du moignon et la propagation de l'inflammation;

3° Eviter néanmoins de conserver des saillies osseuses qu'on ne pourrait recouvrir avec les téguments; la présence de ces saillies peut gêner la cicatrisation, causer des accidents primitifs ou consécutifs graves et rendre l'opération inutile;

4° Se préoccuper essentiellement du siége ultérieur de la cicatrice, rejeter le plus possible les procédés à lambeaux dorsal : des moignons, irréprochables en apparence, peuvent n'être d'aucun usage;

5° Enfin, conserver le plus de longueur possible à la partie antérieure du pied; ce principe est fondamental, et les deux observations citées en font ressortir toute la valeur. Dans ces deux cas, en effet, où tout le tarse et une partie du métatarse existaient encore, la station était très solide, la progression facile et sans douleur.

Le talon n'était nullement dévié.

En résumé, M. Verneuil adopte le principe des amputations mixtes; il insiste surtout sur la grande supériorité de l'amputation dans la continuité du métatarse.

Il termine en conseillant l'application de l'irrigation continue aux amputations du pied et pense qu'il faut restreindre le plus souvent les amputations partielles aux cas traumatiques et à un petit nombre de lésions organiques (nécrose, exostose, etc., etc.). Le principe de conserver la plus grande longueur possible du membre est souvent funeste dans les cas d'ostéites, de caries, de cancer, etc., etc., en exposant à des récidives presque certaines et souvent très rapides.

Dans une autre communication, M. Verneuil présentera quelques réflexions sur la désarticulation du pied.

Une commission, composée de MM. Gosselin, Lenoir, Robert, est chargée d'examiner ce travail.

Après cette lecture, M. le président communique le résultat du scrutin pour la nomination de M. Houel. M. Houel, ayant obtenu la majorité, est nommé membre de la Société de chirurgie.

### Fistule vésico-vaginale.

M. Maisonneuve présente à la Société les organes génitaux d'une femme à laquelle il a pratiqué l'année dernière plusieurs opérations dans le but de la guérir d'une fistule vésico-vaginale des plus compliquées et chez laquelle il a fini par oblitérer complétement la vulve.

Voici en peu de mots l'exposé de ces diverses opérations :

Dans une première tentative faite au mois de février 1851, en présence de MM. Michon et Nélaton, et dont on trouve la relation dans la *Gazette des Hôpitaux*, il disséqua la vessie dans tout son pourtour de manière à la détacher 1° du col utérin, 2° de la symphyse pubienne, 3° enfin des parties latérales du vagin, de sorte que l'organe ne semblait tenir que par le péritoine et les vaisseaux vésicaux. Cette large dissection fut facilitée par une incision préalable, qui, partant du fond du vagin, divisait le périnée dans toute sa profondeur, contournait ensuite l'anus sans l'intéresser et se prolongeait jusque dans l'échancrure sciatique.

Après cette dissection, il lui fut facile d'aviver les bords de la fistule et de les rapprocher au moyen de la suture.

Pendant huit jours, l'opération parut devoir être couronnée de succès; mais bientôt il se forma un petit pertuis, qui s'agrandit peu à peu, de sorte qu'au bout de six semaines la fistule était devenue presque aussi considérable qu'auparavant. Ne sachant à quoi attribuer cet insuccès survenu si tardivement, il crut à quelque circonstance insolite et résolut de recommencer l'opération avec plus de soin que la première fois.

Cette seconde tentative eut lieu dans le courant du mois d'avril; elle fut pratiquée d'après le même plan que la première fois; seulement l'expérience qu'il avait acquise lui permit de l'exécuter avec plus de précision et de promptitude; la réunion fut l'objet de tous ses soins et fut d'une exactitude rigoureuse.

Au sixième jour, lorsque les fils furent enlevés, tout était parfaitement soudé et la réunion parut certaine jusqu'au quinzième jour; mais, à dater de ce moment, les urines commencèrent à suinter,

la cicatrice se déchira peu à peu et six semaines après la fistule était reproduite.

Dès lors, M. Maisonneuve resta convaincu que cette reproduction de la fistule n'était plus un simple accident, mais bien une conséquence nécessaire des tractions exercées sur la cicatrice par le tissu inodulaire placé à la périphérie; la méthode opératoire était donc radicalement vicieuse. Il tenta alors un autre moyen. Ayant remarqué que la vulve était notablement rétrécie par suite des sutures précédentes, il songea à la possibilité d'appliquer un obturateur en forme de pessaire : à cet effet, il en fit construire un en caoutchouc qui remplissait bien toutes les indications; mais la malade ne le supporta que très impatiemment et préféra se soumettre à une nouvelle opération.

Rebuté par tant de difficultés, M. Maisonneuve résolut d'oblitérer complétement l'orifice vulvaire; mais un obstacle spécial se présentait; l'urètre était détruit, il fallait trouver un moyen de retenir les urines, tout en permettant leur expulsion volontaire. Ayant par des observations antérieures acquis l'expérience que l'urine pouvait sans inconvénient être portée et retenue dans le rectum, il proposa à la malade d'ouvrir une communication entre cet intestin et le vagin transformé en vessie supplémentaire. Mais dans l'exécution de ce projet, il rencontra de graves difficultés et précisément dans la partie de l'opération où il les avait le moins soupçonnées. En effet, il parvint facilement à oblitérer la vulve d'une manière solide, résultat que plusieurs chirurgiens avaient regardé comme impossible, tandis qu'il ne put jamais obtenir la permanence de la fistule recto-vaginale. Constamment, malgré l'étendue de l'incision et l'introduction d'une sonde, le diamètre de la fistule diminuait. Désespérant alors de pouvoir conserver cette fistule, il songea en dernier lieu à en faire une au périnée à l'aide d'un trocart, croyant qu'au moyen d'une sonde à demeure il parviendrait ainsi à établir un urètre artificiel.

Malheureusement cette opération, qui semblait la plus simple comme exécution et la moins dangereuse dans ses suites, fut suivie d'accidents très graves. Trois jours après cette dernière tentative, la malade fut prise de frissons et succomba avec tous les symptômes d'une infection purulente.

Sur la pièce présentée par M. Maisonneuve, on voit que la vulve

est oblitérée; on remarque les vestiges de la fistule vésico-vaginale, les restes de la fistule vagino-rectale et enfin les traces de la dernière opération.

M. Michon considère l'observation de M. Maisonneuve comme étant d'une très grande importance pour l'histoire des fistules vésico-vaginales. Il est du nombre de ceux qui avaient pensé qu'on ne pouvait pas obtenir une oblitération permanente de la vulve dans ces lésions. C'est l'opinion qu'il a soutenue dans une thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire. M. Maisonneuve a obtenu une oblitération complète; mais il est à remarquer que ce n'est pas tout à fait l'opération de M. Vidal qu'il a pratiquée, qu'il n'a pas conservé d'urètre et que c'est en produisant une fistule urinaire par le rectum qu'il a obtenu l'oblitération de la vulve : c'est une fistule substituée à une autre. Les difficultés en tant qu'opération ne sont plus les mêmes que dans l'opération de M. Vidal.

M. Maisonneuve a vu la réunion, qui lui avait donné les plus grandes espérances, se détruire alors qu'elle était presque achevée et qu'il ne restait plus qu'un pertuis peu considérable ; il attribue la cause de cette destruction de la cicatrice à la force rétractile, au retrait sur lui-même du décollement qu'il avait fait autour de la vessie pour amener les lèvres de la fistule au contact.

Sans nier l'action de cette cause, M. Michon pense qu'il y en a une autre dont M. Maisonneuve ne tient pas assez compte. M. Maisonneuve appelle cicatrice ce qui pour M. Michon ne mérite pas ce nom. La cicatrice entraîne l'idée d'un travail organique achevé ; celui dont a parlé M. Maisonneuve n'en est pour ainsi dire que le moyen préparatoire. Or il n'y a rien de certain dans l'existence et la durée de ce premier temps. Tous les chirurgiens savent que ces apparences de réunion se détruisent, se décollent avec la plus grande facilité, alors que des phénomènes de suppuration existent ou se développent dans un point des parties rapprochées ; c'est ce qu'on voit malheureusement trop souvent dans ces plaies très étendues qu'on a réunies. Un pertuis qui suppure, et surtout qui est en contact permanent avec l'urine, est dans les conditions les plus propres à produire cette désunion. La même remarque s'applique aux plaies très étendues, dont les lèvres minces ne sont maintenues que par un commencement de cicatrisation. La malade de M. Maisonneuve présentait ces conditions défavorables. La dernière opération,

qui a entraîné la perte de la malade, ne parait pas de prime abord aussi peu grave à M. Michon qu'à M. Maisonneuve. La ponction pratiquée pour établir une fistule au périnée met en contact avec l'urine des tissus assez épais ; elle expose à l'infiltration et à l'intoxication urineuse avec d'autant plus d'énergie que l'urine s'écoule plus difficilement par une ouverture étroite des parties molles. Tout le monde sait que, dans la taille, un large débridement est un moyen de prévenir cet accident.

En résumé, le fait communiqué par M. Maisonneuve présente une grande importance et mérite d'être conservé par la Société ; il témoigne de la grande habileté et aussi de la hardiesse du chirurgien. C'est pour les chirurgiens une observation à consulter ; ils pourront y puiser des enseignements de plus d'un genre.

M. Vidal, après avoir témoigné combien le fait semble intéressant, fait voir que l'idée de l'oblitération de la vulve n'est pas sans utilité. On a prétendu, dit-il, qu'après l'élitroplastie on pouvait mettre de côté l'oblitération de la vulve ; cependant vous venez d'entendre la lecture d'un fait qui prouve qu'après avoir vu échouer tous les procédés les plus ingénieux il a fallu en venir enfin à l'oblitération de la vulve. La malade qu'il avait opérée autrefois avait conservé une assez notable étendue de l'urètre ; il en profita. Il fallait remédier à une large perforation de la vessie ; il ne vit d'autre moyen de réussir que d'oblitérer la vulve : c'est pourquoi il en pratiqua la suture. Combien de temps dura la suture ? Six jours. La malade, pendant ce temps, put retenir ses urines près de six heures ; à la même époque elle eut ses règles : tout se passait pour le mieux. Bérard jeune la vit dans cet état, qui pouvait faire naître l'espoir d'une guérison ; mais une rétention d'urine étant survenue, l'élève de service fut obligé d'introduire une sonde. Que s'est-il passé ? C'est ce que M. Vidal ignore ; seulement il y eut désunion des lèvres de la plaie, et l'oblitération temporaire cessa. Cependant, quelque courte qu'elle eût été, elle pouvait répondre aux objections de ceux qui disaient : « Si vous laissez accumuler l'urine, elle ira non-seulement dans le vagin, mais dans l'utérus et même dans le péritoine. » L'occlusion a duré six jours, et pendant ce temps aucun accident n'a eu lieu.

M. Chassaignac demande à M. Maisonneuve s'il a employé l'instrument de Dupuytren pour la grenouillette ? Peut-être, à l'aide de

ce moyen, aurait-il pu maintenir l'ouverture de la communication recto-vaginale.

Il ajoute que la dernière ponction ne lui paraît pas avoir toute la gravité qu'on lui prête, et à ce sujet il entre dans les considérations suivantes : Lorsque, à la suite du cathétérisme simple, on voit survenir des accidents très promptement mortels, c'est qu'il existe d'autres affections graves des reins. A l'appui de son assertion, il dit que, lorsqu'il remplaçait M. Lenoir à l'hôpital Necker, il a vu, en très peu de temps, succomber un malade qui n'avait été sondé qu'une seule fois ; à l'autopsie, il trouva une dégénérescence cancéreuse d'un rein. Le cathétérisme n'avait donc été là qu'une cause occasionnelle.

M. Maisonneuve répond que, dans l'état actuel, la science n'est pas très avancée sur ce point ; on ne connaît pas encore bien quelle est la cause réelle des accidents qui surviennent après un cathétérisme bien fait. Quant à lui, il a, dans ces cas, constamment trouvé des abcès dans la substance corticale des reins ; l'introduction de la sonde faite avec le plus de soin possible peut, suivant lui, déterminer des accidents inflammatoires très graves qui se propagent jusqu'aux reins. Il faut, dit-il, faire justice, en pareille circonstance, de ces prétendus accès de fièvre intermittente.

M. Lenoir, après avoir fait ressortir toute l'importance de la communication de M. Maisonneuve, lui demande si la malade dont il vient de parler n'avait pas été déjà, à une autre époque, le sujet d'une communication devant la Société. Arrivant ensuite au procédé opératoire, il croit que c'est le même qu'il avait conseillé, dans un cas analogue, à Bérard jeune, qui avait reculé, dans la crainte d'une fistule urinaire.

Pour sa part, il a tenté deux fois l'oblitération du vagin dans des cas extrêmes, avec cette différence que l'urètre existait ; et voici ce qu'il a observé : c'est que l'urine venant toujours distendre le point qui doit être le siége de la cicatrice, celle-ci ne peut se faire.

M. Maisonneuve répond qu'à aucune époque il n'a entretenu la Société de cette malade. M. Lenoir confond sans doute avec d'autres cas. Quant au procédé opératoire, il ne veut en aucune façon en réclamer la priorité.

M. Roux croit également que dans l'oblitération de la vulve le plus grand obstacle à surmonter, c'est l'urine. Pour lui, bien qu'il

n'ait jamais entrepris cette opération, il croit d'autant plus à sa possibilité, qu'on a toujours dû ménager une ouverture et ne point faire un cloaque. Une autre cause qui lui fait espérer la réussite de l'opération, ce sont les rapports qui existent entre elles et la périnéoraphie. Pour lui, qui est arrivé à sa dix-neuvième, ce sont deux opérations qui présentent beaucoup d'analogies.

M. Gosselin demande à M. Maisonneuve 1° si après la première opération il fallait sonder la malade, ou si elle urinait elle-même; 2° si la malade avait de la diarrhée par suite du passage de l'urine dans le rectum : c'était un des inconvénients que Bérard redoutait; 3° comment la malade allait à la garde-robe.

M. Maisonneuve termine en disant : 1° que l'urine coulait toujours; 2° que tantôt il y avait de la diarrhée, tantôt pas; que les craintes de Bérard n'étaient peut-être pas aussi fondées qu'on peut le croire, et à l'appui de cette opinion il cite le malade qu'il a présenté à l'Académie et qu'il avait opéré par la méthode rectale pure; malgré la persistance d'une fistule vésico-rectale, il n'y avait point de diarrhée; 3° les garde-robes chez cette malade étaient régulières.

**Serre-nœud. — Spéculum oris. — Dilatateur de la trachée.**

M. Chassaignac présente : 1° un serre-nœud à crémaillère dans lequel le fil qui constitue la ligature est représenté par une chaîne métallique. Cet instrument, qui est d'une extrême simplicité et d'un usage très commode, n'est que le perfectionnement d'un petit appareil déjà construit par M. Charrière, et que M. Chassaignac présente à la Société sous le nom de *ligature métallique articulée*. Le principe de construction de cet appareil peut s'appliquer avec de très grands avantages à tous les cas dans lesquels on est accoutumé à employer les serre-nœuds ordinaires. Ainsi, moyennant une modification très simple, et qui consiste à enrouler la ligature articulée sur un treuil mis en mouvement par une tige placée à l'intérieur de la canule, on peut appliquer cet instrument aux polypes du nez, à ceux du pharynx et à ceux de l'utérus. Cet appareil, au moyen d'une combinaison très simple, qui consistait à interposer certains corps plus ou moins formés, de volume et de formes variés, peut encore devenir un des meilleurs compresseurs de la chirurgie.

2° Le second instrument est un spéculum de la bouche constitué par une large spatule, sur la face convexe de laquelle s'élève par un mécanisme de bascule un anneau qui se place de champ dans le sens transversal, et maintient la bouche largement ouverte.

Quand l'instrument est présenté dans la bouche, l'anneau est couché à plat sur la face convexe de la spatule buccale, et par un simple mouvement de pression sur le manche de l'instrument, l'anneau prend tout à coup la direction verticale transversalement perpendiculaire à la longueur de la spatule. Une fois que l'instrument est ainsi placé, la rangée dentaire s'oppose à son expulsion et à son déplacement, quels que soient les efforts et l'indocilité du malade.

3° Le troisième instrument est un dilatateur de la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Il ressemble à un cathéter urétral percé au niveau de sa courbure de deux fenêtres latérales, à travers lesquelles se déploie de chaque côté une tige élastique analogue au ressort de la sonde de Belloc.

## *Séance du* 14 *avril* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

M. Larrey offre à la Société un mémoire de l'un de ses honorables collègues du service de santé de l'armée, M. Hénot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, où il est mort récemment. Ce travail, accompagné de planches, est extrait du tome XVI des *Mémoires de l'Académie de médecine*, et a pour titre : *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès.*

### Correspondance.

La Société reçoit les ouvrages suivants de M. Jarjavay :

1° *De l'influence des efforts sur la production des maladies chirurgicales;*

2° *Mémoire sur les fongus du testicule;*

3° *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus;*

4° *Des aponévroses du périnée, plus spécialement chez la femme;*

5° *Etude sur l'articulation phalangienne du pouce et la luxation du dernier os de ce doigt ;*

6° *Des fractures des articulations.*

**Opération césarienne.**

M. Huguier communique l'observation suivante :

Il y a peu de jours, il fut prié par M. le docteur Legroux de voir une femme couchée dans son service, salle Sainte-Hélène.

Cette femme, qui était âgée de trente-huit ans, était enceinte pour la première fois, et présentait plusieurs déformations du système osseux.

Questionnée sur ses antécédents, elle répondit qu'elle avait perdu son père à trente-huit ans, et sa mère à quarante-neuf ans. Ni l'un, ni l'autre, ni aucun des membres de sa famille ne présentait de traces d'affection rachitique. Ce serait à l'époque de la dentition qu'elle aurait commencé à se nouer. A part un peu de gêne dans la respiration et quelques rhumes, sa santé a toujours été bonne ; jamais elle n'a été obligée de s'aliter.

Jusqu'au neuvième mois sa grossesse avait marché régulièrement. Depuis quinze jours quelques douleurs se sont manifestées, mais sans beaucoup de continuité.

Lorsque M. Huguier l'examina, il remarqua que le vice de conformation portait plutôt sur le détroit supérieur que sur le détroit inférieur, qui était assez bien conformé. Les contractions utérines étaient vives, mais aucune dilatation du col ne s'opérait. Le toucher, pratiqué le 29 mars, dénota que le col était très élevé, qu'il était dur et tout au plus dilaté comme une pièce d'un franc. On crut sentir le cuir chevelu.

Pendant la nuit, les contractions utérines redoublèrent sans que le col se prêtât en rien.

Comme il fallait prendre une résolution, M. Huguier consulta ses deux collègues, MM. Legroux et Robert. La symphyséotomie fut repoussée, ainsi que la céphalotripsie; on insista pour l'opération césarienne, à cause de la position élevée du fœtus.

Ce dernier avis ayant prévalu, M. Huguier se décida à pratiquer l'opération césarienne le 30 mars, quarante-huit heures après le travail commencé.

La malade fut préalablement soumise à l'action du chloroforme. Rien d'extraordinaire à signaler dans le premier temps de l'opération. Le peu d'épaisseur des parois fit arriver de suite l'opérateur sur l'utérus.

L'enfant était dans la position occipito-cotyloïdienne droite. Les pieds furent amenés, le cordon coupé et la délivrance terminée facilement.

Malgré tous les soins de M. Robert, qui assistait M. Huguier dans cette opération, une assez grande quantité d'anses intestinales s'échappa; on la réduisit; mais en même temps on s'aperçut qu'une assez notable portion de l'intestin grêle s'était engagée dans la cavité utérine; cette portion fut retirée et replacée à droite, puis les parois abdominales furent réunies par une suture enchevillée.

A propos de cette dernière circonstance, M. Huguier se demande ce qui aurait pu arriver si l'utérus était revenu sur lui-même en resserrant une portion d'intestin. Pendant l'opération, la malade perdit fort peu de sang. Dans les premières heures qui suivirent, il y eut quelques nausées sans vomissements. Le pouls resta à 104 jusqu'à quatre heures.

Vers cinq heures, la peau est chaude, le visage coloré; il y a de la sueur. Dans la soirée, le pouls monta à 124; la malade ne souffrait pas; comme elle n'avait pas uriné, elle fut sondée. Dans la prévision d'accidents, des frictions mercurielles furent faites sur l'abdomen, et on appliqua des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le deuxième jour, la malade fut tourmentée par une soif vive, de l'insomnie : M. Legroux administre l'extrait thébaïque à la dose de 20 centigrammes dans une potion.

Le 2 avril, troisième jour, faiblesse générale, langue humide, hoquets continuels; sensibilité du ventre, principalement au niveau de la plaie; pouls petit, 142 pulsations. Froid des extrémités, respiration anxieuse, constipation opiniâtre.

On cherche à ranimer les forces et à provoquer des évacuations alvines.

L'état de la malade empire, et elle succombe le quatrième jour avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë.

A l'ouverture, on trouve l'abdomen fortement distendu par des gaz. Les intestins sont rouges, granuleux et réunis dans le voisi-

nage de l'incision par de fausses membranes; le péritoine, qui tapisse la paroi abdominale, participe à cette inflammation. La cavité péritonéale renferme une grande quantité de sérosité purulente.

L'utérus est un peu revenu sur lui-même; mais les lèvres de l'incision ne semblent avoir subi aucun travail de cicatrisation.

Le bassin, dénudé de ses parties molles, présente au diamètre supérieur les dimensions suivantes :

Diamètre sacro-pubien, 6 centimètres; diamètre transverse, 11 centimètres pour le détroit inférieur; diamètre coccy-pubien, 8 centimètres; diamètre bi-ischiatique, 10 centimètres.

M. Huguier croit que, d'après la conformation du bassin, on ne pouvait faire autrement que d'opérer. Cette observation lui semble, en outre, curieuse :

1° Par l'élévation extrême du col de l'utérus non dilaté;

2° Par l'engagement des intestins dans la cavité utérine.

M. Danyau. Je regrette que M. Huguier ne nous ait pas fait connaître les dimensions de la tête de l'enfant qu'il a extrait par l'opération césarienne. Le volume de cette tête n'était peut-être pas tel que l'accouchement naturel fût absolument impossible. Bien que très rétréci, le détroit supérieur n'eût pas été infranchissable si l'enfant eût été petit et les os du crâne minces et flexibles. Je ne veux pas, au reste, m'arrêter à des suppositions et insister davantage sur des chances qui paraissent, en définitive, infiniment peu probables quand on a examiné le bassin de la femme opérée par notre collègue. Ce bassin n'a en effet que 0m,965 de diamètre sacro-pubien. Il est vrai que la mensuration avec l'index, qui donne pour la distance sacro-sous-pubienne 0m,09, aurait dû faire présumer, au moment de prendre un parti, une viciation moindre du détroit supérieur. Aussi suis-je étonné que M. Huguier n'ait pas eu la pensée de tenter une application de forceps. L'élévation de la tête, qui paraît l'avoir arrêté, ne pouvait être telle que cette partie ne pût être saisie, et le peu de hauteur du bassin devait rendre cette manœuvre médiocrement difficile. Je ne crois pas non plus qu'on eût rencontré de difficultés sérieuses à l'orifice. Il n'était pas dilaté, dit M. Huguier; mais après deux jours de travail il était probablement souple et dilatable, et n'aurait offert aucun obstacle. Pour moi, je n'aurais pas hésité à tenter, en temps opportun, d'ap-

pliquer le forceps. Je ne dis pas assurément que j'aurais réussi à terminer ainsi l'accouchement. C'était une chance cependant, et d'autant meilleure ici, que l'inclinaison de l'angle sacro-vertébral à gauche laissait un espace sensiblement plus grand dans la moitié droite du bassin, qui était précisément celle à laquelle correspondait l'occiput. Un rapport semblable favorise quelquefois l'accouchement naturel dans les bassins rétrécis, et c'était évidemment une circonstance heureuse pour l'extraction par le forceps.

La tête bien saisie, je ne pense pas qu'il eût été prudent d'insister beaucoup sur les tentatives d'extraction. Dès que ces tentatives auraient été démontrées inutiles, on n'avait plus à choisir qu'entre l'opération césarienne et la céphalotripsie. Pour ma part, c'est cette dernière opération que j'aurais préférée. L'issue si constamment fatale de l'hystérotomie à Paris depuis plus de cinquante ans aurait à mes yeux justifié cette préférence. La perforation du crâne avec les ciseaux de Smellie eût été facile. Peut-être eût-on rencontré quelques difficultés pour l'exacte application du céphalotribe et l'extraction de la tête aplatie par l'instrument; mais j'ai la conviction que cette opération était très exécutable, et qu'elle eût pu être exécutée sans lésion des organes maternels. M. Huguier s'exagère beaucoup, je crois, les dangers de la céphalotripsie. Il nous a dit qu'elle était loin d'être d'une innocuité complète pour la mère, et cette opération figure parmi les motifs qui l'ont déterminé à pratiquer l'opération césarienne. C'est là une erreur qu'il importe de combattre. J'ai été malheureusement dans le cas d'appliquer bien des fois le céphalotribe, et je n'hésite pas à déclarer que la mère n'a rien à craindre de l'introduction et de l'action de cet instrument conduit par une main exercée. On s'effraye fort à tort du passage d'une tête dont les os sont broyés à travers les organes génitaux, comme s'il n'y avait plus partout que des points aigus et des bords tranchants. Mais il n'en est rien. Le point où la perforation a été pratiquée et qui n'a pas besoin d'être très largement ouvert, se trouve en général compris entre les branches de l'instrument et tenu à distance des parties molles de la mère, et les nombreux fragments qui résultent des fractures opérées par le céphalotribe, recouverts par les téguments du crâne restés intacts, glissent sur les organes maternels sans les léser.

M. Huguier dit que dans le cas actuel il fallait renoncer à l'espoir

d'un accouchement spontané. Il y avait deux jours que le travail durait et la tête ne s'était pas engagée; elle s'était même un peu déformée.

Il s'est rangé de l'avis de ses collègues.

M. Gerdy lui demande pourquoi il a abandonné ses convictions pour obéir à ses collègues. Lui aussi a eu occasion plusieurs fois de pratiquer la céphalotripsie, et il regarde cette opération comme peu dangereuse pour la mère. Il insiste sur la nécessité de donner au céphalotribe des manches très longs pour augmenter leur puissance. Pour lui, l'opération césarienne n'est plus de l'art, c'est une opération qu'il faut repousser de toutes ses forces à cause de ses résultats fâcheux.

M. Chassaignac, revenant sur la pénétration des intestins dans l'utérus, dit que le même phénomène a lieu dans les ruptures de l'utérus. En faisant des recherches sur ce point, il en a pu réunir quelques cas; il ajoute que quelquefois même les intestins sont descendus jusque dans la vulve.

M. Huguier termine en disant que la pénétration des intestins dans l'utérus lui a semblé un fait important, et qu'il est bien nécessaire, avant de pratiquer la suture, de s'assurer de la position des intestins.

Enfin si on veut tenir compte du volume de la tête de l'enfant et de l'épaisseur des parties molles qui tapissaient le bassin, sera-t-il plus difficile de croire à la possibilité d'un accouchement naturel?

### Des douleurs récidivantes.

M. Gerdy, revenant sur une communication faite il y a quelque temps sur les douleurs des amputés, pense que ces douleurs peuvent être comparées aux douleurs résultant de causes physiques ou mécaniques, et qui reviennent à chaque changement de temps. Toutes ces douleurs forment un groupe naturel, et à la longue on pourrait y joindre les douleurs qui accompagnent les fissures à l'anus. Dans ce dernier cas, chez les personnes constipées, il y a une irritation des parties déchirées, et la contraction spasmodique du muscle est le résultat de la lutte. Cette douleur peut cesser après l'opération, mais pas constamment; car, dans un cas de douleurs de l'épaule, M. Gerdy a vu la ténotomie appliquée à plusieurs reprises ne procurer aucune amélioration. Lorsque la

sensibilité est irritée par un agent quelconque elle s'exaspère, et alors les douleurs deviennent incessantes. Ce fait est surtout remarquable dans les changements de temps.

M. Larrey ajoute que dans les blessures anciennes il y a plutôt récidive que continuité dans la douleur, et notamment chez les amputés.

## *Séance du* 21 *avril* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

#### Grossesse extra-utérine.

M. Desprez présente un cas de grossesse extra-utérine.

MM. Danyau, Maisonneuve, Huguier et Cloquet prennent successivement la parole pour avoir quelques renseignements.

M. Desprez donnera tous ces renseignements dans l'observation qu'il se propose de communiquer à la Société.

M. le président nomme une commission composée de MM. Maisonneuve, Houel, Huguier et Danyau.

#### Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Maisonneuve lit un travail intitulé : *Mémoire sur de nouveaux perfectionnements apportés au traitement des fistules vésico-vaginales.*

Avant que M. Jobert (de Lamballe), dit-il, eût l'ingénieuse idée d'appliquer au traitement des fistules vésico-vaginales la méthode d'autoplastie par glissement, la plupart de ces affections étaient considérées comme incurables. Grâce à cette heureuse application, il est possible maintenant de guérir beaucoup de ces infirmités cruelles. Mais il en est encore, et en assez grand nombre, qui semblaient réfractaires à tous nos moyens. C'est contre ces cas désespérés, dit M. Maisonneuve, que j'ai surtout dirigé mes efforts, et, bien que les résultats soient encore peu nombreux, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de les faire connaître en détail.

Obs. I. — *Fistule vésico-vaginale énorme, large débridement en arrière, sur les côtés. — Guérison.*

Mme Taignet, femme Chataigne, âgée de trente-quatre ans,

éprouva à sa huitième couche, en septembre 1848, une destruction considérable du bas-fond de la vessie et de la partie correspondante du vagin. Entrée successivement dans plusieurs hôpitaux, elle fut partout considérée comme incurable. M. Maisonneuve crut devoir appeler de cette décision et la reçut dans son service le 3 mars 1850. L'opération fut pratiquée d'après le procédé de M. Jobert, avec cette différence que les incisions latérales furent prolongées beaucoup plus loin en avant. L'avivement donna un lambeau de 19 centimètres de longueur et la réunion exigea onze points de suture. La réussite de l'opération fut complète, et, quand une commission de la Société de chirurgie vint examiner la malade, la vessie pouvait contenir 500 grammes de liquide sans laisser paraître aucun suintement.

Dans une deuxième observation, M. Maisonneuve fit pour la première fois l'application d'une modification importante au procédé ordinaire. Cette modification, dit-il, consiste dans la dissection non-seulement de la partie postérieure et des parties latérales de la fistule, mais encore dans la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphyse du pubis.

Obs. II. — Madeleine Régnier, femme André, âgée de vingt-huit ans, chez laquelle une énorme destruction de la vessie avait eu lieu lors de son dernier accouchement, le 28 décembre 1848. La difficulté qu'éprouva M. Maisonneuve à faire glisser en avant la lèvre postérieure de la fistule, malgré de larges dissections postérieures et latérales, l'engagea à y ajouter la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphyse pubienne. Sept points de suture simple furent appliqués, et la malade obtint une guérison complète, après toutefois avoir subi quelques cautérisations destinées à fermer un petit orifice dû à la présence prolongée de l'un des fils. Cette guérison fut encore constatée par une commission de la Société de chirurgie.

Obs. III. — Dans une troisième observation, M. Maisonneuve, considérant que la dissection de l'urètre donnait une laxité considérable à la lèvre antérieure des fistules, tenta l'application de ce procédé seul, sans le combiner, comme dans l'observation précédente, avec le procédé de M. Jobert; il obtint encore un nouveau succès. La malade qui fut soumise à cette opération est l
Rousseau (Anne), âgée de trente ans. Elle lui fut ac

le docteur Thoré de Sceaux. La fistule, qui datait d'un an environ, était survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et présentait 2 centimètres d'étendue transversale. Entrée le 16 avril 1851, elle est sortie guérie le 8 juin de la même année.

Obs. IV. — Chez une quatrième malade nommée Lefort (Alexandrine), âgée de trente ans, blanchisseuse à Clamart, M. Maisonneuve fut amené, par des circonstances d'une difficulté en apparence insurmontable, à pratiquer une série d'opérations insolites. Ces opérations ont consisté :

1° Dans l'excision largement effectuée du vagin, du périnée et de la région ano-ischiatique, destinée à permettre de manœuvrer dans la profondeur du bassin alors que l'étroitesse du bassin et l'immobilité de l'utérus rendent impossibles l'avivement et la dissection de la fistule par les procédés ordinaires;

2° Dans l'isolement complet du pourtour inférieur de la vessie, destiné à permettre le rapprochement des bords de la fistule;

3° Dans l'occlusion incomplète de la vulve et l'application d'un obturateur à robinet;

4° Dans l'occlusion définitive et complète de l'orifice vulvaire, combinée avec la création d'une fistule recto-vaginale destinée à transformer le rectum en un cloaque supplémentaire de la vessie;

5° Enfin, dans la substitution d'une fistule périnéale à la fistule recto-vaginale artificielle, dont l'entretien était trop difficile.

## *Séance du 28 avril 1852.*

### Présidence de M. Larrey.

#### Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le procès-verbal de la séance publique (décembre 1851) et le rapport sur les travaux de l'année de la Société de médecine de Marseille, par le docteur Sicard;

2° Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe* (année 1851);

3° L'*Annuaire de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale* (année 1852);

4° Une lettre de M. Mathieu relativement à une erreur qui s'est glissée dans un des derniers procès-verbaux. En effet, lorsque M. Chassaignac a présenté dernièrement un serre-nœud métallique, il avait signalé les perfectionnements apportés à cet instrument comme étant dus à M. Mathieu.

### Grossesse extra-utérine.

M. Huguier annonce à la Société que, depuis trois jours, il est entré dans son service une femme présentant un nouveau cas de grossesse extra-utérine arrivée au septième mois. On entend d'une manière très manifeste les battements du cœur du fœtus, et l'on sent les mouvements à travers les parois abdominales; on sent également, par le cul-de-sac postérieur du vagin, en arrière et à droite du col, un des membres de l'enfant.

M. Huguier, qui doit revenir sur ce fait, le communique aujourd'hui à la Société pour que ses collègues puissent l'examiner.

### Effets des injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Robert fait la communication suivante sur les effets des injections iodées dans les abcès par congestion.

Tous les chirurgiens savent que les abcès par congestion dépendant d'une lésion de la colonne vertébrale se terminent presque toujours par la mort, soit qu'ils aient été abandonnés à eux-mêmes, soit qu'ils aient été soumis à l'une des nombreuses méthodes de traitement connues jusqu'à ce jour. Souvent même, les efforts tentés pour les guérir n'ont d'autre effet que de précipiter la mort des malades.

Découragé de ces tristes résultats, « je me bornais, depuis plusieurs années, à l'emploi des ponctions sous-cutanées », presque toujours exemptes de danger, mais malheureusement aussi presque toujours palliatives. Aussi avais-je entendu avec une vive satisfaction M. Boinet faire connaître à la Société de chirurgie les effets salutaires des injections iodées sur les abcès de cette espèce; j'y voyais la solution d'un des problèmes les plus importants, les plus difficiles de la chirurgie pratique.

Pendant quelque temps, je dois le dire, je reculai devant l'emploi de ce moyen : je n'étais pas, en effet, sans craintes sur les

suites de la suppuration de ces vastes abcès. Cependant, une occasion favorable s'étant récemment offerte dans mon service à l'hôpital Beaujon, j'ai cru devoir en profiter; et, pour éviter toute cause d'erreur, j'ai désiré que M. Boinet fît lui-même, sous mes yeux, l'application de sa méthode.

Le résultat de ce traitement n'a pas été celui que j'attendais. Il y a plus : deux autres faits malheureux que j'ai observés depuis ont singulièrement ébranlé ma confiance, et me font craindre que M. Boinet ne se soit fait illusion.

Je suis loin, toutefois, de regarder les injections iodées comme étant sans effet sur les abcès par congestion; leur action est, au contraire, incontestable, évidente et très remarquable. Sous leur influence, en effet, on ne voit pas survenir tous les phénomènes graves qui suivent de si près et si constamment l'ouverture de ces abcès; à savoir : d'abord l'inflammation de la membrane pyogénique, la tension, la sensibilité des parois de l'abcès, la réaction fébrile; puis l'altération du pus, qui devient fétide et dans lequel se forment des gaz hydro-sulfureux plus ou moins abondants, la résorption de ce pus vicié, et les symptômes généraux d'intoxication putride; enfin le dévoiement colliquatif et le marasme par suite de l'abondance et de la durée illimitée de la suppuration.

Lorsqu'on soumet les abcès symptomatiques à l'emploi des injections iodées, le foyer s'enflamme peu; le pus est à peine fétide; les malades n'ont d'abord pas ou presque pas de fièvre; ils semblent échapper à l'intoxication putride et à ses redoutables effets; leur état donne de l'espoir; mais la maladie ne se termine pas pour cela. La suppuration persiste plus ou moins abondante; les forces et l'appétit diminuent; il survient de l'amaigrissement, de petits accès fébriles le soir, ou un état fébrile continu et léger, du dévoiement, en un mot, ce qu'on connaît sous le nom de fièvre hectique. Arrivé à cette période, et avant de se trouver dans un état d'épuisement extrême, l'organisme est livré sans défense à l'influence des agents extérieurs. Le moindre accident amène des conséquences graves : un léger refroidissement produit une pleurésie suivie de suppuration, ou une pleuropneumonie mortelle, etc..... Ainsi, on le voit, les malades n'en succombent pas moins par les injections iodées qu'après les autres modes de traitement; seulement ils arrivent au terme fatal par une voie plus longue et moins

orageuse. Voilà, je le crains, toute la différence qu'il soit permis de signaler.

Il me reste maintenant à mettre sous les yeux de la Société les faits que j'ai pu observer; ils sont au nombre de trois. Deux me sont propres; le troisième appartient à M. Huguier, mon collègue, qui sans doute voudra bien en communiquer lui-même tous les détails.

Obs. I (recueillie par M. Duclos, interne de service). — Le nommé Pian (Pierre), âgé de vingt-sept ans, cocher, est entré le 20 novembre 1851 à l'hôpital Beaujon, où il fut couché au n° 282 du deuxième pavillon.

C'est un homme de petite taille (quatre pieds sept pouces environ), d'une bonne constitution, au visage pâle, aux téguments blancs et décolorés, sans embonpoint, ayant les joues un peu creuses, s'étant toujours très bien porté jusqu'à l'accident dont nous allons parler. Jamais il n'avait eu de toux, jamais d'hémoptysie, jamais de palpitations. Son père est bien portant et vit encore; sa mère est morte d'une gastrite à l'âge de trente-huit ans. Quant à lui, il n'a jamais été malade. Il avoue avoir fait quelques excès de femmes. Relativement à la cause de sa maladie, il nous apprend qu'il a toujours été bien nourri, qu'il buvait du vin chaque jour avec modération, que souvent il a couché dans un endroit humide.

En 1849, il y a quatre ans, il est tombé d'une échelle d'environ quinze pieds de hauteur; voyant qu'elle chavirait, il a sauté, est tombé sur les talons. Immédiatement il ressentit une petite commotion (textuel) dans le milieu de la région des reins; mais il ne s'en préoccupa pas d'abord, car le même jour il put reprendre ses travaux. Cependant un mois après cette chute il fut pris de douleurs de reins qui allèrent chaque jour en augmentant; il eut la région lombaire toute courbée en avant (textuel), à tel point qu'au bout de très peu de jours il fut obligé de cesser tout travail. Enfin au mois d'avril 1849, six semaines environ après l'accident, il fut obligé d'entrer à l'hôpital.

Il fut reçu à la Pitié dans le service de M. Gendrin. Il ne présentait à cette époque pas d'autres symptômes que ceux déjà indiqués, c'est-à-dire de grandes douleurs de reins et une courbure en avant de la région lombaire assez prononcée, puisqu'il dit qu'il était ployé en avant, et qu'il ne pouvait redresser son corps, ni le

ployer davantage en avant. Il fut traité par les bains sulfureux fréquemment répétés, par des applications de vésicatoires volants aux lombes, et enfin on lui mit en deux fois douze cautères aux reins, six de chaque côté. Sous l'influence de ce traitement, le malade dit qu'il ressentit quelque soulagement, mais qu'il ne fut pas guéri. Les douleurs lombaires, qui n'avaient jamais été continuelles, mais qui revenaient par paroxysmes, revenaient encore par moment comme avant ce traitement; seulement, elles étaient moins intenses. En outre, son corps s'était un peu redressé, et il était moins courbé en avant. Heureux de ce soulagement dans son état, il quitta la Pitié au bout de quatre mois, c'est-à-dire au mois d'août 1849, pour essayer de reprendre ses travaux.

Les douleurs de reins revinrent comme par le passé, non pas continuelles, mais par moments; elles étaient très intenses. Il lui sembla alors que la douleur traversait transversalement les reins pour venir aboutir en se terminant à la hanche droite. En même temps il ne pouvait plus ployer son corps en avant. Il s'efforça de continuer cependant son travail, et le mal alla toujours en augmentant. Cependant son état général se soutint assez bon pendant dix-huit mois.

Enfin au mois d'août 1851, il vit apparaître dans l'aine droite la tumeur qu'il présentait quand il est entré à l'hôpital Beaujon, tumeur d'abord grosse comme un petit pois, puis comme une aveline; elle a augmenté peu à peu et très lentement de volume, sans jamais être douloureuse, et toujours recouverte par les téguments ayant leur aspect normal. C'est à cette époque que vinrent les douleurs de reins, augmentant et persistant toujours. En même temps que la tumeur se développait progressivement, comme d'ailleurs il ne pouvait plus du tout travailler, il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon le 20 novembre 1851.

*Etat actuel* (*le* 29 *janvier* 1852). — La première fois qu'il nous a été donné d'observer ce malade, voici ce que nous avons constaté : tumeur dans l'aine droite, au-dessus du pli de la cuisse, ovoïde, du volume d'un œuf de poule, dirigée transversalement, s'arrêtant à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure par son extrémité externe, et à 6 centimètres en dehors de la symphyse pubienne par son extrémité interne, sans changement de couleur, de température, ni d'aspect à la peau, élastique, mate

à la percussion, fluctuante. Au bout de quelques jours M. Robert fit une ponction sous-cutanée dans cette tumeur, et la vida d'un pus homogène bien lié (environ 150 grammes). Les douleurs de reins persistèrent malgré cette ponction, et la pression sur la colonne vertébrale, à la partie supérieure des lombes, restait douloureuse.

A cette date, M. Robert ayant prié M. Boinet de traiter le malade s'il jugeait le cas favorable aux injections iodées, M. Boinet fit sa première ponction et sa première injection iodée. Il retira deux verres de pus séreux non fétide.

Il n'en résulta pas d'autres accidents qu'un peu de céphalalgie et un coryza, qu'on dut attribuer à ce que le malade était resté longtemps découvert le matin.

Le malade allait bien; il sortit le 8 février suivant pour ses affaires, et rentra deux jours après très fatigué.

Le 14 février, on fit une deuxième ponction et une deuxième injection iodée. Le pus était verdâtre et un peu fétide. Cette fois, pas d'accidents; seulement la peau est un peu chaude, le pouls fréquent tous les soirs.

Le 19, troisième ponction et troisième injection iodée. On retire un verre de pus jaunâtre un peu fétide. Pas d'accidents.

Le pus est devenu blanc-crémeux, n'est plus fétide depuis la dernière opération. L'état général est assez bon. Le malade se lève et mange une portion. Cependant l'appétit se perd de jour en jour. La peau est chaude, le pouls un peu fréquent le soir, à 100 pulsations.

Le 9 mars, quatrième ponction et quatrième injection iodée, avec 50 grammes de teinture d'iode pure cette fois. Le malade, qui chaque fois pendant l'injection a accusé un goût d'iode dans la bouche, le ressent cette fois au bout d'une minute à peine après le commencement de l'injection. Pas d'accidents le premier jour. Mais le lendemain, 10 mars, malaise, envies de vomir, visage congestionné, peau brûlante, pouls fréquent, à 96 pulsations. Ce malaise dure huit jours.

Enfin, le 19 mars, le malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, avec dyspnée intense. Matité à la base du poumon droit, et râles sous-crépitants à grosses bulles, sans souffle, dans les 2/3 inférieurs du poumon

la poitrine ; langue sèche ; pouls à 110 ; soif vive. — G. S. J. sirop ipéca 109 ; sirop tolu 109. Vésicatoire. Diète.

La pleurésie purulente marcha en dépit de tout traitement. Il survint de la diarrhée, un amaigrissement très rapide ; il se forma une eschare au sacrum et une au dos, dans la place qu'occupait le vésicatoire ; et le 14 avril le malade mourait à sept heures du soir.

A l'autopsie nous avons trouvé :

A. *Dans la cavité crânienne*, un verre de sérosité sanguine sous l'arachnoïde et dans les ventricules ;

B. *Dans la poitrine*, une pleurésie purulente à droite ; un demi-litre environ de sérosité purulente, comprimant le poumon, qui était très petit et ratatiné. Des fausses membranes de date récente tapissent les deux feuillets de la plèvre.

Le feuillet pariétal, dans les points où il recouvrait les articulations des six dernières côtes avec la colonne vertébrale (où nous verrons qu'existait une lésion osseuse assez compliquée), avait un demi-pouce environ d'épaisseur.

Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons ; tous deux étaient gorgés de mucosités bronchiques, écumeuses. Le droit, dans tout son lobe inférieur, offrait les caractères d'une pneumonie au degré d'hépatisation rouge.

C. *Dans l'abdomen*, il n'y avait pas de sérosité dans le péritoine.

L'abcès de l'aine, du volume d'une petite noix, avait pour parois, en avant, *fascia superficialis* et peau ; en arrière, aponévrose du grand oblique. Il communiquait : 1° en avant, avec l'air extérieur par deux ouvertures fistuleuses de la grosseur d'une tête d'épingle ; 2° en arrière, avec un long trajet se prolongeant dans la gaîne du muscle psoas, dans lequel trajet on pouvait introduire une sonde de femme. Ce trajet allait aboutir à la partie latérale droite et inférieure du corps de la onzième vertèbre dorsale, au niveau du trou de conjugaison. Là, on sentait la partie postérieure du corps de cette vertèbre à nu. Les membranes rachidiennes étaient décollées dans l'étendue d'un pouce verticalement. L'ouverture supérieure de ce trajet était si petite qu'on ne pouvait la trouver qu'avec un stylet-aiguille de trousse. Sur la partie latérale droite de la onzième vertèbre, il y avait un petit foyer du volume d'une aveline, rempli de pus, dont les parois étaient constituées par un tissu cellulaire assez dense adhérant aux côtes, aux corps des vertèbres voisines,

et en avant au feuillet pariétal de la plèvre épaissie. Ce petit foyer, en forme de diverticulum latéral, communiquait par le trou de conjugaison avec l'ouverture supérieure du long trajet situé dans la gaîne du psoas, comme on s'en assurait en courbant à angle droit le stylet enfoncé dans la gaîne du psoas; car il s'engageait alors dans ce petit diverticulum latéral. Dans la gaîne du psoas, le trajet purulent était noir-verdâtre. Les nerfs étaient disséqués et paraissaient aplatis. L'ouverture inférieure du trajet purulent de la gaîne du psoas était une fente transversale de 4 lignes d'étendue, située immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, en dehors des vaisseaux fémoraux. Le corps de la onzième vertèbre dorsale présente sur toute sa partie droite des crêtes rugueuses en forme de stalactites osseuses. Il est rougeâtre, rosé, ainsi que ceux des dixième, neuvième, huitième vertèbres dorsales (traces évidentes d'ostéite). Entre la onzième et la douzième dorsale, le disque intervertébral a complétement disparu. Il en est de même entre les huitième et neuvième dorsales. La tête de la douzième côte est nécrosée. La moelle était dans une intégrité complète. Il n'y avait de pus que sur la partie latérale droite et inférieure de la onzième dorsale. Dans le canal rachidien, au point correspondant à cette partie, et où nous avons dit que les membranes d'enveloppe de la moelle étaient détachées des os, nous n'avons pas trouvé le moindre épanchement purulent.

Les articulations costo-vertébrales des cinq dernières côtes de chaque côté, sauf la douzième du côté droit, étaient le siége d'arthrites purulentes. Nous avons pu couper très facilement quelques-unes des têtes de ces côtes en tranches très minces, très vascularisées. La colonne vertébrale, dans toute la portion dorsale, paraît avoir subi un tassement. Sa courbure en cette région forme un arc dont la corde n'a que 13 centimètres.

De plus, les corps de la neuvième et de la dixième dorsale sont soudés. Nous n'avons pu voir aucune communication entre le foyer purulent qui, situé sous la plèvre, entourait toutes les lésions osseuses précédentes et la cavité pleurale elle-même.

*Remarques.* — 1° M. Robert appela notre attention sur la petitesse de l'ouverture supérieure du trajet purulent situé dans la gaîne du psoas, nous faisant remarquer combien il aurait été difficile ici de faire pénétrer l'injection iodée jusqu'à la lésion osseuse.

2° Il nous fit observer aussi que ce fait porte avec lui l'enseignement suivant : la maladie des vertèbres, l'ostéite, survenue chez ce sujet à la suite d'une chute sur les talons, et probablement à cause du tassement qui avait été la conséquence de cette chute, a amené un abcès par congestion, dont la cure radicale par les injections iodées semblait devoir être d'autant plus assurée, que l'abcès ne semblait pas lié à une maladie tuberculeuse des vertèbres. L'insuccès des injections iodées dans le cas actuel mérite, pour cette raison, d'être enregistré.

Obs. II. — Un jeune homme a été traité par M. Boinet à l'hôpital Saint-Louis au mois de décembre dernier. Il était paraplégique et portait dans la région lombaire gauche un vaste abcès par congestion. Trois injections iodées ont été faites par M. Boinet. Il n'y a pas eu d'abord d'accidents graves; mais plus tard les téguments de l'abcès se sont gangrenés, la suppuration est devenue excessive.

Aujourd'hui le malade, admis depuis peu de jours à l'hôpital Beaujon, est dans un état de marasme et de fièvre hectique qui fait craindre une issue prochainement funeste.

M. Boinet ne croit pas avoir dit qu'au moyen de cette méthode on pouvait tout guérir; il y a des réserves à faire suivant les cas. Si M. Robert a cité deux cas malheureux, à son tour il pourra en citer d'autres dans lesquels il y a eu guérison.

Suivant lui, on ne peut pas ranger un des faits de M. Robert parmi les faits ordinaires; il y avait eu une fracture : c'était une complication. Dans quel état a-t-il pris le malade? Dans un état déplorable, et cependant à la première ponction M. Robert lui-même avait trouvé de l'amélioration.

Que s'est-il passé ensuite? Le malade descend au jardin par un temps froid; il gagne une pleurésie; dès lors il a dû cesser le traitement, et c'est à cette interruption qu'il faut attribuer les symptômes fâcheux.

Chez l'autre malade de M. Huguier les chances étaient-elles meilleures? Non; malgré cela, il a accepté le malade; il a pratiqué une ponction, et à la sortie du pus il y a eu un bien-être marqué. Il faut noter ici que les injections n'ont amené aucun accident.

Le point essentiel dans ce traitement, ajoute M. Boinet, c'est de

ne pas l'interrompre et de ne pas le cesser trop tôt. Pour peu qu'il reste de la carie, les accidents reparaissent.

Quant à dire que cette méthode est mauvaise, les cas de guérison qui ont été observés par MM. Chassaignac, Menière, Demarquay et Houel sont là pour prouver le contraire.

Dans ce moment encore, il y a dans le service de M. Guersant un malade traité par cette méthode et qui a obtenu de l'amélioration; malheureusement un nouvel abcès s'est manifesté de l'autre côté.

M. Robert dit que cette méthode n'est pas la seule qui guérisse, témoin les observations d'Abernethy, de Boyer, de Lisfranc, etc. Il y a plus, la nature seule guérit quelquefois.

La question est de savoir si cette nouvelle méthode guérit plus souvent et même aussi souvent que les autres. Si M. Boinet trouvait les malades qui lui ont été présentés dans de trop mauvaises conditions, il ne devait pas les accepter. M. Robert affirme que le malade opéré par M. Boinet dans son service n'était point en mauvais état avant les injections iodées; il avait subi deux ponctions sous-cutanées qui n'avaient amené aucune perturbation dans sa santé générale.

Dans toute méthode, du reste, avant de proclamer les guérisons, il faut observer les malades et les suivre encore un certain temps; car il peut arriver qu'on pense qu'ils sont guéris, tandis que la guérison n'est qu'apparente.

Tant que les fistules ne sont pas fermées depuis longtemps, la maladie n'est pas terminée, et il suffit de l'existence d'une fistule très petite pour que le malade soit encore exposé à de graves accidents.

Si les injections iodées agissent directement sur les os, comment faire lorsqu'il est matériellement impossible, sans s'exposer à des ruptures, de faire parvenir le liquide jusque sur le point malade?

M. Robert termine en insistant sur la nécessité d'examiner avec beaucoup de soin quelle est la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique introduite dans la chirurgie. Il sent à cet égard sa confiance singulièrement ébranlée. Le but de sa communication est donc de faire appel à l'expérience de ses collègues, afin d'étudier de nouveau la question du traitement des abcès par congestion et de la résoudre s'il est possible.

M. Boinet prétend que l'effet des injections iodées est d'améliorer l'état général dans les cas les plus désespérés; la fièvre hectique cesse et le pus est modifié avantageusement. Des cas analogues à ceux que M. Robert vient de citer se représenteraient, il n'hésiterait pas à agir comme il a fait.

Quant à l'impossibilité de faire pénétrer le liquide par des trajets qu'un stylet ne peut traverser, elle cesse si l'opérateur a le soin de placer le malade convenablement, de manière à avoir un courant; non-seulement le liquide arrive par son poids, mais il y a même imbibition au contact. Pour ce qui est de l'intoxication par l'iode, il n'y a rien à craindre.

M. Robert. En supposant même que l'injection pénétrât dans toutes les anfractuosités du foyer, que pourrait-elle faire sur des masses tuberculeuses, sur des portions nécrosées? On conçoit que le pus soit modifié, que l'ostéite suppurante soit également modifiée; mais il faut s'arrêter là.

La modification que subit la membrane pyogénique n'empêche pas le pus d'être sécrété en aussi grande abondance, et cette persévérance de la suppuration épuise le malade.

Dans un des cas qui nous occupent, M. Boinet a pensé que, la pleurésie étant survenue, il fallait suspendre les injections; pour M. Robert, c'est une question. Du reste, elles n'ont pas été continuées; mais uniquement parce que l'état de faiblesse extrême du malade s'y opposait.

M. Robert n'a pas seulement étudié l'effet des injections iodées dans les abcès symptomatiques, il a essayé ce moyen dans deux kystes de l'ovaire, et dans ces deux circonstances il n'y a eu qu'une guérison apparente.

Dans l'un de ces faits, qui a été donné par M. Thomas, dans sa thèse inaugurale, comme un cas de guérison, bien qu'il restât un petit trajet fistuleux, la mort est survenue au bout de six mois; il n'y a pas eu, à la vérité, d'accidents foudroyants, mais les résultats n'en ont pas moins été fâcheux.

M. Huguier, ne voulant pas, dans une question aussi intéressante, s'en fier à sa mémoire, annonce qu'il communiquera dans une des prochaines séances l'observation d'un des malades chez lequel des injections ont été faites pour un abcès par congestion.

M. Deguise fils a eu aussi l'occasion d'employer les injections

iodées pour un abcès par congestion, et voici dans quelles circonstances :

La maladie était ancienne; elle remontait à deux ans; les préparations iodées avaient été administrées à l'intérieur pendant dix-huit mois. Le malade avait deux trajets fistuleux au-dessus de l'aine: l'un à droite, l'autre à gauche. M. Deguise, ayant essayé en vain, à plusieurs reprises, de faire pénétrer l'injection, eut l'idée de fermer complétement les orifices fistuleux pendant trois jours. Au bout de ce temps, ayant levé l'appareil, une grande quantité de pus s'écoula, et l'injection pénétra avec la plus grande facilité. M. Deguise a pensé que l'injection avait pénétré jusqu'aux surfaces malades; car en la poussant d'un côté, on la voyait revenir par l'autre. Les injections furent continuées pendant six mois. Dans les premiers temps, elles ne furent d'abord pratiquées que tous les quinze jours, puis tous les huit jours; et enfin, dans les derniers temps, elles étaient faites tous les trois jours. Malgré ce rapprochement des injections, il n'y eut pas la moindre modification heureuse, soit dans l'état général lui-même, soit dans la sécrétion purulente. Le malade succomba, comme tous ceux qui sont atteints du mal de Pott, épuisé par la fièvre hectique, la diarrhée, etc.

M. Guersant a eu plusieurs fois l'occasion d'employer la méthode des injections, et voici quels ont été les résultats : dans trois abcès articulaires le succès a été complet; mais dans deux autres cas il n'a pas été aussi heureux.

Dans le premier, il s'agissait d'une coxalgie compliquée d'un vaste foyer occupant la moitié de la cuisse. Dès le premier jour il survint des accidents très graves qui nécessitèrent un débridement le lendemain. L'alcoolature d'aconit fut employée sans succès, et la mort survint le septième jour. A l'ouverture, on trouva une carie de la cavité cotyloïde.

Chez un autre malade, la gravité des accidents survenus dès la première injection a dû l'empêcher d'y recourir de nouveau.

M. Guersant termine en disant qu'il n'a jamais employé cette méthode de traitement pour la carie vertébrale.

Suivant M. Grany, la méthode des injections iodées ne serait pas aussi nouvelle qu'on semble le croire. En effet, il y a longtemps que M. Lugol avait donné l'exemple, dans son service, de faire dans les maladies scrofuleuses des injections avec des préparations

d'iode, et les résultats qu'il obtenait étaient généralement assez avantageux; mais, outre cette méthode purement locale, M. Lugol soumettait ses malades à une hygiène convenable, et c'était là aussi une des parties prédominantes du traitement.

Dans la plupart des maladies des articulations ou de la colonne vertébrale, il ne faut pas oublier qu'il y a presque toujours un état complexe.

M. Gerdy, dans les affections de ce genre, n'a jamais employé d'autre méthode que les moxas, et il a obtenu d'assez beaux résultats pour ne pas changer son traitement. Il cite l'exemple d'une marchande de bois qui, au milieu d'une contre-danse, sentit tout d'un coup un craquement dans la colonne vertébrale; une gibbosité s'était produite. A la suite de l'application continuée des moxas, cette malade a retrouvé la santé, est redevenue mère, et n'a succombé que longtemps après à une affection de la vessie.

M. Boinet a étudié avec soin tout ce que M. Lugol a publié sur l'emploi de l'iode; jamais, dans ses écrits, il n'est fait mention de l'emploi des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. M. Lugol cherchait à saturer l'économie d'iode, et, pour cela, il l'employait sous forme de lotions, de cataplasmes; il ne se servait pas des trajets fistuleux pour faire pénétrer cette substance. Du reste, il ne veut pas non plus qu'on s'en tienne à un traitement purement local; il faut aussi un traitement général.

M. Larrey annonce qu'il communiquera dans une des prochaines séances l'observation d'un malade qu'il avait présenté à la Société, et chez lequel l'emploi des injections iodées n'a pas empêché la maladie de se terminer d'une manière fâcheuse; à cette occasion, il insiste sur l'importance de compléter toutes les communications qui sont faites à la Société.

### Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente à la Société le jeune homme chez lequel il a pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur pour un polype siégeant dans l'arrière-bouche et dans les fosses nasales. Ce malade, qui avait été dans ces derniers temps l'objet d'une discussion sur l'opportunité du procédé opératoire, est aujourd'hui dans un état satisfaisant. Grâce à un obturateur en gutta-percha fait par M. le docteur Devillemur, la phonation et la mastication s'exé-

cutent sans peine. Dans les premiers temps de l'application de l'appareil, il s'est produit un phénomène assez curieux : comme le rebord de l'obturateur appuyait sur la joue, près du canal de Sténon, la salive coulait le long de l'obturateur avec une assez grande rapidité ; M. Maisonneuve y a remédié en pratiquant quelques petits trous le long de l'obturateur. Ce sont les propres dents du malade qui ont été employées pour la confection de l'appareil.

M. Maisonneuve ajoute que l'examen de la tumeur a démontré que le centre était formé par du tissu fibreux, et l'extérieur par du tissu fibro-plastique. Un avantage de l'incision de la joue, telle qu'elle a été pratiquée, c'est que la direction entre les deux branches cervico-faciales du nerf facial est un moyen d'éviter la paralysie. Chez ce malade, en effet, la paralysie est presque nulle.

L'ablation d'une portion assez considérable du nerf buccal avait pu faire craindre d'autres accidents graves de paralysie ; eh bien, il n'en a rien été ; il y a seulement un peu de paralysie de la sensibilité de la muqueuse.

M. Giraldès demande si le gutta-percha a été employé pur dans la confection de l'instrument ; car si on l'a employé pur, l'instrument peut se déformer par la chaleur ; peut-être vaudrait-il mieux mélanger le gutta-percha au caoutchouc.

M. Maisonneuve répond qu'il est pur, et qu'il a seulement subi une préparation analogue à la volcanisation du caoutchouc. Le squelette de l'obturateur est en or et argent.

M. Gerdy dit que le malade présente un phénomène physiologique fort remarquable. Dans l'opération, tout le maxillaire supérieur avait été enlevé et avec lui le nerf sous-orbitaire, et cependant il n'y a plus d'insensibilité de la face.

Lui aussi a eu occasion d'enlever le nerf sous-orbitaire pour extirper une tumeur située dans cette région ; il y a eu pendant quelque temps paralysie de la sensibilité, mais actuellement cette paralysie n'existe plus. Le retour de la sensibilité dans ces cas lui paraît un fait des plus curieux.

M. Gerdy ajoute qu'il est bien important que la chirurgie apporte son contingent d'expériences dans cette partie de la physiologie, car il lui semble que bien souvent les recherches pathologiques sont en désaccord avec les idées physiologiques.

M. Robert demande à M. Gerdy si les nombreu ses

nerveuses ne peuvent pas contribuer au rétablissement des fonctions momentanément suspendues.

Revenant ensuite sur l'idée du procédé opératoire, il demande si Dieffenbach et Michaud (de Louvain) n'avaient déjà pas recommandé de pratiquer l'incision de la joue dans la direction que M. Maisonneuve a suivie.

M. Maisonneuve croit que c'est M. Flaubert (de Rouen) qui a pratiqué le premier l'opération de cette manière.

A propos des remarques de M. Gerdy, il répond que quelquefois, très peu de temps après l'opération, quand la cicatrice se fait, on voit se former autour de la solution de continuité un cercle ferme qui pourrait faire croire que tout l'os n'est pas enlevé. Il se reconstitue quelque chose de solide dans la joue et dans la face, et une sorte de nouvelle arcade dentaire.

M. Denonvilliers. Parmi les paralysies du sentiment ou du mouvement qui succèdent aux lésions des nerfs, il en est qui persistent, d'autres qui cessent au bout de quelque temps. Ces différences correspondent à des différences dans la nature ou l'étendue des lésions. S'il y a simple section du nerf, si même il n'y a qu'une légère perte de substance, il est assez ordinaire de voir la paralysie ou l'insensibilité cesser au bout d'un certain temps. C'est là une circonstance qui a été remarquée par tous ceux qui ont pratiqué des sections de nerfs pour remédier aux paralysies faciales, et qui avait déterminé A. Bérard à substituer, dans ces cas, à la simple section, l'excision d'un bout assez considérable du tronc nerveux. Si, en effet, le nerf a subi une perte de substance, la paralysie persiste ordinairement. Ainsi s'expliquent, dans certains cas au moins, ces différences dans les résultats qui ont frappé notre collègue M. Gerdy. Dans le cas actuellement soumis à notre observation, le nerf sous-orbitaire ayant été enlevé en entier avec l'os maxillaire supérieur, il semble impossible qu'il n'y ait pas paralysie complète du sentiment. C'est effectivement ce qui a lieu, et cette paralysie porte sur toute la joue et sur la narine du côté correspondant à l'opération.

M. Giraldès, revenant sur le procédé opératoire, croit qu'il a été également mis en usage à Londres trois ou quatre fois par Fergusson.

M. Demarquay pense que la persistance de la sensibilité est due à la conservation de la branche temporo-faciale.

M. Gerdy objecte que dans le cas qui lui était particulier la tumeur était cancéreuse; elle occupait une partie du sinus et de la cavité orbitaire. Le sinus maxillaire ne fut ouvert que par sa partie supérieure. Dans les premiers temps il y eut bien des signes de paralysie, mais aujourd'hui ils ont entièrement disparu.

Il ajoute que la pathologie présente de si fréquentes contradictions avec certaines lois physiologiques, qu'il y a de quoi ébranler les convictions les plus fermes. A ce sujet, il rappelle le fameux cas de ramollissement de la moelle de Bulner. La moelle était diffluente. M. Magendie, qui était présent à l'autopsie, dit alors : les membranes de la moelle transmettent donc. Pour lui, il avoue que malgré tous les progrès de la science, il est des faits que la physiologie et la pathologie ne peuvent expliquer.

M. Denonvilliers dit qu'il croit à l'existence bien distincte des nerfs du sentiment et du mouvement.

M. Gerdy termine en disant qu'il est bien loin de repousser tout ce qui a été fait, mais que les vivisections ont encore beaucoup à faire pour tout démontrer.

## *Séance du 28 avril 1852.*

### Présidence de M. Larrey.

#### Correspondance.

La correspondance comprend :

Un travail manuscrit de M. le docteur Alquié sur diverses observations recueillies dans son service;

(MM. Denonvilliers, Robert, Giraldès sont chargés de rendre compte de ce travail.)

La thèse inaugurale de M. le docteur Hattier sur l'arthrocace sénile;

La thèse inaugurale de M. le docteur Beylard, de Philadelphie, intitulée : *Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie;*

Le dernier bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris.

**Symblépharon survenu à la suite d'une brûlure.**

M. Chassaignac présente une femme de vingt-cinq ans qu'il a depuis peu opérée pour un symblépharon survenu dans les circonstances suivantes.

La malade reçut dans l'œil droit une étincelle au moment où elle était occupée à souffler du feu. Brûlure de la cornée, inflammation très violente pour laquelle M. Rapatel, de Montreuil, employa une médication très énergique. Au huitième jour de l'accident, il envoie la malade à l'hôpital Saint-Antoine. On constate une adhérence très forte de la paupière supérieure à la cornée. Mais celle-ci est tellement boursouflée et ramollie qu'il est impossible de rien tenter pour décoller la paupière. La moindre traction sur cette cornée gélatiniforme et comme pultacée semblait devoir en amener la rupture et par conséquent causer la sortie des humeurs de l'œil. Applications continues de glace renfermée dans des sacs d'intestin de mouton ; douches oculaires de deux à trois litres d'eau; collyre à 1 décigramme de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau.

Lorsqu'au bout d'une quinzaine de jours on eut obtenu le raffermissement de la cornée, on recourut à l'opération que voici :

La paupière supérieure étant saisie à son bord libre au moyen de deux pinces à griffes, le couteau à cataracte fut promené suivant la courbe cornéale de manière à exécuter autant que possible la section des adhérences et la séparation de la muqueuse palpébrale d'avec la cornée. On épongeait avec soin après chaque trait de l'incision. L'adhérence fut ainsi successivement détruite dans toute la hauteur de la moitié supérieure de la cornée, qui est restée opaque d'abord dans toute son étendue et à la surface de laquelle s'élevaient quelques houppes cellulo-vasculaires restes du tissu cicatriciel de la brûlure.

Aujourd'hui toute adhérence anormale a cessé d'une manière qui paraît définitive et sans aucune tendance au retour du symblépharon. La cornée reprend sa transparence dans tout l'hémisphère inférieur; mais supérieurement il reste un croissant opaque, à la concavité duquel correspond la pupille, qui est très visible et permet à la malade de distinguer les objets.

### Grossesse extra-utérine.

M. Huguier demande que la Société veuille bien nommer une commission pour examiner le cas de grossesse extra-utérine qui est dans son service. Peut-être alors les opinions seront-elles moins partagées sur la marche à suivre dans cette circonstance difficile.

M. le président désigne MM. Robert, Danyau, Maisonneuve et Lenoir pour examiner la malade.

### Présentation d'un testicule cancéreux.

M. Maisonneuve présente un testicule cancéreux qu'il a enlevé sur un enfant de neuf mois; bien que le cancer se rencontre assez fréquemment dans l'enfance, il est fort rare de le voir se développer d'aussi bonne heure, surtout dans les organes génitaux.

M. Guersant dit qu'il y a quelques années il a présenté une pièce analogue à l'Académie de médecine; l'enfant était âgé de deux ans; il succomba trois jours après l'opération à la suite de convulsions. Il regarde, du reste, l'affection cancéreuse des organes génitaux comme très rare dans la première enfance. Depuis qu'il est à l'hôpital des Enfants, il n'en a observé que trois cas. Il avait eu aussi occasion de voir Dupuytren pratiquer la même opération chez des enfants de deux ans.

M. Roux demande si ces tumeurs n'étaient pas des tubercules.

M. Lebert insiste sur la rareté du cancer des organes génitaux à un âge aussi peu avancé. Il profite de cette circonstance pour dire qu'il est possible d'établir une statistique du développement du cancer suivant les âges et les organes.

M. Robert ayant demandé quels avaient été les résultats des trois opérations pratiquées par M. Guersant, celui-ci lui répond que l'un des trois malades est mort très peu de jours après, qu'un autre a été revu bien portant trois ans après l'opération, et que pour le troisième il n'en a pas eu de nouvelles.

Du reste, ses observations à l'hôpital des Enfants lui ont aussi prouvé, ce qui du reste était bien connu des chirurgiens, qu'il est certains organes dans l'enfance où l'on voit plus particulièrement se développer le cancer encéphaloïde.

M. Robert regarde le fait de M. Guersant, d'un cancer encéph

loïde opéré chez un enfant et étant resté trois ans sans récidiver, comme un fait des plus curieux ; il engage notre collègue à ne pas perdre de vue ce malade. Il termine en disant que le développement du tissu encéphaloïde a été observé même chez le fœtus.

M. Giraldès dit que le développement du cancer encéphaloïde depuis la naissance jusqu'à l'âge de quinze ans est loin d'être rare; seulement il ne se développe pas également dans tous les organes. On peut se convaincre de ce fait en parcourant l'ouvrage de M. Walsk sur le cancer et l'*Encyclopédie* de M. Cottello.

## *Séance du* 5 *mai* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

#### Correspondance.

La correspondance comprend :

Une lettre des successeurs de M. sir Henry accompagnée d'un davier et d'une paire de ciseaux à articulation mobile.

Dans cette lettre, ils rappellent que les instruments qu'ils présentent ont été fabriqués depuis vingt ans par sir Henry et que leur mode d'articulation est le même que celui de M. Charrière.

#### Amputations de l'avant-bras.

M. Larrey présente deux ex-artilleurs amputés l'un et l'autre d'un avant-bras et porteurs d'une main artificielle.

C'est dans l'exercice à feu qu'ils ont eu ces deux membres mutilés par un boulet. L'un de ces hommes, amputé de l'avant-bras droit, a eu en plus une fracture de l'humérus du même côté et une contusion violente de la face; l'autre, amputé de l'avant bras gauche, a perdu l'œil droit avec fracture comminutive de l'orbite. L'amputation, faite immédiatement à chacun d'eux, n'a rien offert de notable, sauf les complications dues aux autres lésions; et, malgré leur gravité, la guérison s'est heureusement effectuée.

Deux circonstances sont à noter ici : la première, c'est la mutilation elle-même produite par le projectile, accident assez fréquent chez les artilleurs et survenant d'ordinaire dans le temps de la manœuvre du canon, qui expose le boulet à partir en emportant l'extrémité des membres qui tiennent l'écouvillon. De là peut-être,

comme le présume du moins M. Larrey, la nécessité, si faire se pouvait, de modifier la partie mécanique de cette manœuvre.

La seconde circonstance à apprécier, c'est le moyen prothétique à l'aide duquel une main artificielle peut être substituée à la main naturelle. Celles des deux artilleurs, fabriquées par M. Charrière, sont basées sur ce principe que la pression continue des doigts sur un objet placé entre eux est d'un grand avantage pour l'y maintenir assez solidement. La main, faite en bois, articulée aux phalanges, renferme dans son intérieur des ressorts qui en permettent l'écartement ou le rapprochement à volonté, en même temps que l'on peut imprimer à la main tout entière certains mouvements de rotation susceptibles de devenir fixes. Il est facile, enfin, de substituer à la main elle-même un ustensile quelconque, soit une fourchette, soit un crochet, comme celui dont se servent très adroitement quelques invalides.

M. Larrey ajoute à cette occasion qu'il a vu un matelot américain qui, ayant eu les deux avant-bras emportés par un boulet, parvint à se servir assez bien de deux bras artificiels fabriqués par M. Van Peetarssen, et composés de diverses parties articulées que faisaient mouvoir des cordes à boyau retenues par un corset.

Mais, malgré ces faits et d'autres que l'on pourrait citer ici, l'art mécanique est encore loin de la perfection dans la prothèse des membres supérieurs.

### Grossesse extra-utérine.

M. Huguier communique l'observation de grossesse anormale qui a déjà été signalée à la Société.

Le 15 avril 1852, la nommée Rose B..., âgée de trente ans, entra à l'hôpital Beaujon et fut placée dans son service, salle Sainte-Clotilde, n° 387.

Cette malade a été réglée à treize ans sans aucune difficulté, et depuis elle n'a jamais eu les moindres dérangements dans ses époques; vers l'âge de quinze ans, elle a commencé à avoir des rapports sexuels, mais elle n'a jamais eu d'enfants.

Il y a environ sept mois, les règles furent suspendues, les seins se tuméfièrent et en même temps devinrent douloureux; continuellement la malade avait envie de dormir; elle remarqua en même temps qu'elle était constipée, qu'elle éprouvait des envies fréquen-

tes d'uriner et que le ventre prenait un développement assez notable. Il y avait un mois que ces divers symptômes se manifestaient lorsque Rose B... consulta un médecin; un purgatif fut administré, et depuis elle ne suivit aucun traitement.

Comme les règles ne reparaissaient pas et que le volume du ventre augmentait toujours, soupçonnant d'ailleurs qu'elle pouvait être enceinte, elle voulut en avoir la certitude, et consulta un médecin de Montmartre, qui, trompé par le siége de la tumeur et les réponses de la malade, pensa qu'il s'agissait d'une affection du foie ou d'un kyste de l'ovaire.

On comprendra d'autant plus facilement cette erreur que dans ce moment il y avait du gonflement et de la sensibilité dans la région épigastrique. Comme il existait cependant toujours des doutes dans son esprit sur la nature réelle de l'affection, il manda un confrère, qui, après un nouvel examen, partagea également son avis; ils conseillèrent en dernier lieu à la malade d'entrer à l'hôpital.

Rose B... entra trois jours après à l'hôpital munie d'une lettre de M. le docteur Passering. La lettre était ainsi conçue :

« Mon cher confrère,

» Je vous prie de recevoir cette malade, qui porte une affection dont je n'ai pu préciser le diagnostic et qui a pour siége l'utérus. Vous trouverez un corps mobile qu'on ne peut pas définir, car il n'est pas l'effet de la conception; les deux signes les plus certains, qui sont la pulsation du fœtus et le ballottement, manquent. »

Le jour même de l'entrée de la malade, M. Huguier procéda à un examen très minutieux. Après avoir examiné l'abdomen, il demanda à la malade si déjà elle avait eu des enfants. Sa réponse fut non-seulement négative, mais elle affirma qu'elle était vierge.

En examinant le ventre, on trouve que la peau n'est nullement altérée; l'abdomen est distendu par une tumeur dont le plus grand diamètre est transversal. Cette tumeur est séparée du pubis par une dépression profonde qui permet à la main d'atteindre l'angle sacro-vertébral; la tumeur dépasse de 14 centimètres l'ombilic et s'étend à 10 centimètres au-dessous, de telle sorte que son diamètre vertical est de 24 centimètres; quant à son diamètre transversal, il est de 27 centimètres.

Sa direction est oblique de bas en haut et de gauche à droite; elle est inégale, anguleuse. En bas et à gauche de la masse principale, on sent une petite tumeur du volume d'une orange; elle est plus résistante et plus lisse que la précédente, dont elle est séparée par une dépression.

Cette tumeur est mobile sous la pression et fuit quelquefois devant le doigt explorateur. On se demande alors si c'est le corps même de l'utérus accolé à un kyste qui renferme un enfant, si ce n'est pas la tête de celui-ci ou bien si c'est une tumeur renfermée dans les annexes de l'utérus. La tumeur principale donne la sensation du ballottement, c'est-à-dire qu'on sent au milieu de la fluctuation qu'elle présente un corps dur qui se déplace sous la pression.

En explorant les organes génitaux, on trouve l'orifice vulvaire très dilaté, ayant un aspect violacé et bleuâtre. M. Huguier insista sur l'importance de cette coloration comme moyen de diagnostic; en effet, elle a presque toujours été pour lui un indice de grossesse soit intra, soit extra-utérine; tandis que les tumeurs qui se développent dans l'utérus ou dans ses annexes, quelle que soit leur nature, ne sont jamais accompagnées de cette teinte des organes génitaux.

Le toucher vaginal pratiqué par M. Huguier lui fit découvrir successivement de bas en haut et d'arrière en avant :

1° A travers la paroi postérieure du vagin, une masse molle assez souple sur laquelle le doigt explorateur laisse des empreintes; cette masse est formée par des matières fécales contenues dans le rectum;

2° Une partie dure, ferme, inégale et anguleuse, comme serait un membre. M. Huguier est porté à croire que cette partie résistante est un pied; on la sent dans le cul-de-sac vagino-utérin postérieur à droite du col; elle est séparée du doigt explorateur par une très petite épaisseur de tissus.

3° Le col de l'utérus est placé en avant et à gauche de la partie anguleuse. Il est arrondi et d'une consistance moins ferme qu'à l'état physiologique; les portions sus et sous-vaginales semblent avoir moins d'étendue, son orifice est beaucoup moins large qu'il ne l'est habituellement au septième mois de la grossesse. La membrane muqueuse qui le recouvre est plus souple qu'à l'état [illegible]al.

L'application du spéculum permet de voir qu'elle est bleuâtre comme l'entrée de la vulve.

Le toucher par le rectum fait reconnaître également la petite partie anguleuse qui a été indiquée précédemment; mais on ne peut rien préciser de plus que par le toucher vaginal.

M. Huguier, en plaçant la main sur l'abdomen, ayant cru sentir les mouvements actifs du fœtus, se mit à rechercher les bruits du cœur; il les trouva à 5 centimètres au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic, et à 17 centimètres de l'épine iliaque, en suivant la direction d'une ligne oblique en haut et en dedans.

Le lendemain, 18 avril, la position des bruits du cœur était changée; on les entendait plus bas, vers la fosse iliaque, à 6 centimètres de l'arcade crurale. On chercha en vain le souffle placentaire, on ne le rencontra dans aucun point. Ce fut après cet examen, répété à plusieurs reprises, que M. Huguier n'eut plus aucun doute sur l'existence d'une grossesse.

La malade avait d'abord soutenu qu'il était impossible qu'elle fût enceinte. Cependant, pressée de questions, elle avoua que depuis huit ans elle n'avait eu aucuns rapports sexuels, mais que le 28 septembre 1851, un homme ivre avait pénétré chez elle et l'avait forcée de céder à ses désirs. Des renseignements pris auprès du maire et de l'adjoint de la commune sont venus confirmer le dire de la malade. C'est depuis ce moment que les règles ont cessé de paraître, que le ventre et les seins se sont développés.

M. Huguier pria MM. Danyau, Robert, Lenoir, Maisonneuve et Marjolin de venir examiner la malade. MM. Depaul et Laborie la virent également, et plusieurs pensèrent qu'il y avait une grossesse qui pouvait être extra-utérine.

Le 2 mai, M. Larrey, étant venu pour examiner Rose B..., ne put rencontrer, non plus que M. Huguier ce jour-là, les bruits du cœur dans aucun point.

Le lendemain, M. Giraldès l'examine à son tour, et ce jour-là les bruits du cœur sont des plus manifestes à la partie antérieure et au centre de la tumeur.

M. Huguier croit que d'après ces faits il est difficile de ne pas admettre l'existence d'une grossesse extra-utérine. Il fonde son diagnostic :

1° Sur l'élévation de la tumeur, qui, bien que la malade ne fût

enceinte que de six mois et demi, lors de son entrée à l'hôpital, remontait jusqu'à l'épigastre, à 14 centimètres au-dessus de l'ombilic ;

2° Sur la dépression sus-pubienne et transversale de l'hypogastre, dépression qui permet d'arriver jusqu'à l'angle sacro-vertébral sans obstacle, sans sentir le corps de l'utérus rempli par le produit de la conception ;

3° Sur l'extrême facilité avec laquelle on sent la fluctuation du liquide amniotique, les mouvements actifs de l'enfant, et le ballottement à travers les parois abdominales sans recourir au toucher vaginal ;

4° Sur l'irrégularité et la situation de la tumeur ;

5° Sur l'absence du souffle placentaire, qui manque dans la grossesse utérine;

6° Sur le peu de volume de saillie et d'ouverture du col utérin ;

7° Sur sa situation, qui est en avant et à gauche ;

8° Et c'est là le signe le plus important, sur la tumeur dure et inégale que forment les membres de l'enfant dans le cul-de-sac postérieur du vagin au-dessous et en arrière du col de l'utérus ;

9° Enfin les conditions dans lesquelles la conception a eu lieu viennent encore à l'appui de l'opinion d'une grossesse extra-utérine.

Si aucun de ces signes pris isolément n'a de valeur absolue, il faut convenir que leur ensemble est d'un grand poids.

M. Huguier termine en disant que M. Paul Dubois a aussi examiné la malade, et qu'il a des doutes sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Il aurait bien désiré pour éclaircir ce cas difficile qu'on fît le cathétérisme utérin ; mais lorsque M. Huguier lui a proposé de le faire, il aurait préféré attendre. Ce qui a surtout fait naître des doutes dans l'esprit de M. Dubois, ce serait l'impossibilité de sentir l'utérus.

M. Danyau convient qu'après de mûres réflexions et une exploration nouvelle, il ne saurait être aussi explicite qu'après son premier examen. L'impossibilité de retrouver le corps de l'utérus jette nécessairement quelque obscurité sur le cas dont M. Huguier vient d'entretenir la Société. Plus il y a songé, et plus cette circonstance lui a paru propre à faire naître des doutes. Il est assurément des

cas où on ne peut sentir le corps de l'utérus; c'est lorsque l'enfant, comme dans le cas qui nous a été communiqué naguère par M. Desprès, est placé en avant de l'organe et le refoule en arrière. Chez la femme de l'hôpital Beaujon il n'en est point ainsi. L'enfant est fortement incliné à droite; le col de l'utérus se sent nettement à gauche et en avant. Quant au corps, il ne peut être senti nulle part.

M. Danyau n'attache pas à la facilité du ballottement abdominal, à l'évidence de la fluctuation, autant de valeur diagnostique que M. Huguier. Combien de fois ces signes n'existent-ils pas avec le dernier degré d'évidence dans des grossesses parfaitement normales!

Il n'a pas été non plus frappé de la situation très superficielle des parties fœtales, et il est quelques grossesses utérines où, en raison de l'amincissement des parois de la matrice, on peut bien plus facilement encore saisir et reconnaître quelques-unes des parties de l'enfant.

Mes doutes, ajoute M. Danyau, ont été corroborés par les observations de M. Paul Dubois, qui a examiné ce matin même la malade, et qui vient de me communiquer ses réflexions.

L'impossibilité de retrouver le corps de l'utérus le frappe aussi par-dessus tout. A cette considération il en ajoute quelques autres. Si la partie qu'on sent dans le cul-de-sac rétro-utérin était un membre de l'enfant, pourquoi, dit-il, ce membre, pied ou main, serait-il toujours immobile? Pourquoi, sous l'action du doigt qui le touche à travers une très petite épaisseur de parties, ne fuirait-il pas ou ne chercherait-il pas à fuir, comme on l'observe à la suite d'un contact, même très léger, à travers les membranes?

Il serait bien difficile d'ailleurs, suivant M. P. Dubois, d'assigner une forme déterminée à la partie qu'on sent au fond du vagin dans le cul-de-sac postérieur, et plus difficile encore de reconnaître le siége ou une portion du siége de l'enfant dans celle qu'on touche par le rectum.

En admettant toutefois que les parties placées ainsi en arrière sont bien des parties fœtales, cette situation anormale derrière le col ne pourrait-elle pas s'expliquer par une anomalie dans le développement du segment inférieur de l'utérus? La portion de ce segment située en avant du col est ordinairement de beaucoup la

plus développée. C'est sur elle que la tête, si c'est elle qui se présente, vient s'appuyer; c'est d'elle qu'elle s'enveloppe et se coiffe en quelque sorte en descendant dans l'excavation du bassin. Exceptionnellement, très exceptionnellement sans doute, c'est le contraire qu'on observe. Cette exception n'existerait-elle pas ici? Alors tout ne serait-il pas explicable sans admettre une grossesse extra-utérine?

Mais, dit encore M. Dubois en revenant à sa première idée, à savoir, que les parties inégales senties en arrière n'appartiennent point à un fœtus, si cette masse irrégulière logée dans le cul-de-sac péritonéal postérieur n'est autre chose qu'une tumeur, la présence d'une masse volumineuse en ce lieu ne suffirait-elle pas pour rendre raison des apparences insolites constatées chez la femme dont la situation préoccupe à si juste titre M. Huguier?

Tous ces motifs, reprend ensuite M. Danyau, ne suffisent ni aux yeux de M. Dubois, ni aux siens, pour rejeter l'existence d'une grossesse extra-utérine; il a voulu établir seulement que la démonstration n'était pas complète. Or, dans le doute, le meilleur parti est d'attendre. Ce serait encore, suivant lui, la meilleure conduite à suivre, la grossesse extra-utérine fût-elle bien certaine.

Au début du travail, s'il ne survient d'ici là rien qui force à agir, il sera temps de se décider, et les chances, parce qu'on aura attendu, ne seront pas changées. Elles ne sont pas d'ailleurs toujours aussi fâcheuses qu'on pourrait croire. Ainsi, J. King (*Rust's Magazin*, Bd. III, 414) a sauvé la mère et l'enfant par l'élytrotomie pratiquée quatre jours après le début du travail. L'enfant seul fut sauvé par une opération semblable pratiquée par le docteur Caignou (*Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XXI, p. 286), qui eût peut-être obtenu un double succès si, cédant aux objections des consultants, il n'eût pas attendu trop longtemps. Enfin, Zwank *Neue Zeits.*, f. geb. VII, 483) n'a pas été moins heureux à Hambourg par la gastrotomie faite après plusieurs jours de travail, que King ne l'avait été, en Amérique, par l'élytrotomie. Ces succès doivent encourager M. Huguier.

En résumé, M. Danyau se prononce pour l'expectation absolue. Il n'est pas même d'avis de pratiquer le cathétérisme utérin, auquel M. Huguier veut recourir dans 15 ou 20 jours. Si quelque recherche de ce genre devait être faite à cette époque, peut-être vaudrait-il

mieux, et ici il ne fait que reproduire l'avis de M. P. Dubois, introduire un morceau d'éponge préparée qui exercerait un commencement de dilatation, et fournirait ainsi le moyen d'établir un diagnostic plus précis, et dont on ne renouvellerait pas l'usage si la grossesse était reconnue utérine.

M. Roux, n'ayant pas examiné la malade, dit qu'il ne peut avoir aucune opinion sur le cas dont il s'agit; mais ce que M. Danyau vient de dire, que, quelquefois, contrairement à la règle, la partie postérieure de l'utérus peut prendre un développement extraordinaire, le fait souvenir d'un fait bien curieux pour lequel il fut consulté il y a quelques années.

Il s'agissait d'une dame qui portait une tumeur assez volumineuse derrière le col de l'utérus. Cette dame redoutait une grossesse; elle avouait bien s'être exposée à être enceinte, mais on pouvait avoir des doutes sur la nature de la tumeur située derrière le col. MM. P. Dubois et Moreau, qui virent séparément cette personne, avouèrent qu'il était impossible de déclarer si c'était une grossesse; ils s'arrêtèrent à l'idée d'une tumeur anormale située en arrière.

La personne était, du reste, malade depuis quelque temps. M. Roux apprit par la suite qu'il y avait eu une fausse couche.

M. Robert dit qu'après ce qu'il vient d'entendre il n'émet qu'avec la plus grande réserve son opinion sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Il a été surtout étonné de la forme de la tumeur, qui est comme une calebasse, ce qui se voit dans les grossesses extra-utérines et non dans les grossesses normales; il y a eu outre un amincissement très prononcé des parois utérines. Un signe qu'il fait valoir en faveur de la grossesse extra-utérine, c'est le peu de développement du col pour une grossesse arrivée au septième mois.

Quant à la teinte violacée des parties génitales, il ne croit pas qu'il faille attacher autant d'importance à ce signe que Parent-Duchatelet avait indiqué. Il l'a toujours trouvé au delà de quatre mois; mais deux fois il a vu cette coloration exister sans grossesse. Enfin, la difficulté, ou mieux l'impossibilité de pouvoir retrouver l'utérus doit être regardée comme un signe d'une grande valeur.

Arrivant ensuite aux indications, M. Robert se demande si l'expectation n'est pas dangereuse pour la mère. Il craint l'emploi de l'éponge préparée pour dilater le col; ce moyen, suivant lui, pa-

rait être une des causes de la métro-péritonite quand on s'en sert pour opérer des tumeurs fibreuses.

Il redoute également le cathéter métallique, et lui préférerait une bougie souple en gomme élastique, comme étant le moyen d'investigation le moins dangereux.

Si maintenant, ajoute M. Robert, on laisse la grossesse marcher, la poche sera bien plus volumineuse, et il y aura bien plus de danger pour la mère.

Il termine en disant que, sans affirmer, il incline cependant pour l'idée d'une grossesse extra-utérine; il croit qu'on peut expliquer l'immobilité des membres inférieurs par une sorte d'emprisonnement.

M. Huguier convient également qu'on ne rencontre pas chez cette femme la forme habituelle de l'utérus ; mais il y a un tel ensemble de signes, qu'il ne peut pas abandonner l'idée d'une grossesse extra-utérine. Comme tout le monde, il a pensé aussi à la possibilité de l'existence d'une tumeur ; mais cette femme s'était toujours bien portée, jamais elle n'avait eu la moindre douleur du côté du sacrum ou du rectum, jamais les ganglions lymphatiques du bassin n'ont présenté le moindre engorgement; il n'y a également aucun signe qui puisse faire croire à une affection des ovaires, à l'existence d'un kyste, d'une tumeur fibreuse ou osseuse.

Quant à l'avis de M. Robert sur l'importance qu'il faut attacher à la coloration de la vulve comme signe de grossesse, il ne le partage pas ; elle peut exister chez des femmes ayant des varices, mais jamais elle ne coïncide avec l'existence de tumeurs intra-pelviennes : elle appartient à la grossesse. Il termine en disant que l'emploi de l'éponge préparée ne lui semble pas sans inconvénients; il lui préfère le cathétérisme avec un instrument métallique, la sonde en gomme élastique ne pouvant donner de bons résultats.

Le cathétérisme lui suffira pour lever tous les doutes. Si c'est une grossesse intra-utérine, il sentira l'utérus derrière la paroi abdominale.

On m'objectera que le cathétérisme peut avoir des inconvénients; il ne peut en avoir que lorsque les malades chez lesquelles on l'emploie ont intérêt à tromper le médecin.

M. Cullerier croit devoir insister sur la valeur de la coloration de la vulve comme signe de la grossesse; sans voir le ventre, on

peut, à deux ou trois mois, diagnostiquer une grossesse: cette teinte n'est pas, du reste, celle des varices. Il ajoute que l'observation de ce signe n'est pas due à Parent-Duchâtelet, mais à M. Jacquemier.

M. Danyau, malgré les observations de M. Robert, persiste à penser qu'en l'absence d'accidents quelconques il vaut mieux ne pas se hâter d'opérer. Qui sait ce qui peut advenir d'ici au terme de la grossesse ? L'enfant ne peut-il pas cesser de vivre, et, une fois mort, ne peut-il pas subir quelqu'une de ces transformations qui n'en font plus pour la mère qu'une masse incommode mais non dangereuse, et dont l'extraction, en cas d'accidents ultérieurs, offrirait encore, la statistique l'atteste, d'assez grandes chances de succès ?

Comme M. Robert, M. Danyau pense que, dans le cas de grossesse extra-utérine, il faut plus se préoccuper du salut de la mère que de celui de l'enfant. Dans celui-ci en particulier, il s'était demandé s'il n'y aurait pas avantage pour la mère à provoquer la mort du fœtus avant qu'il eût pris un plus grand volume. C'était l'idée de Dezeimeris, et le moyen auquel il songeait était l'électricité. M. Duchenne, de Boulogne, fut donc prié d'assister à l'examen fait vendredi dernier par votre commissaire. L'idée lui fut soumise ; mais l'impossibilité de ne pas comprendre dans le courant les parois abdominales la fit abandonner aussitôt : on recula devant la chance fort redoutable d'une rupture du kyste fœtal par les vives et brusques contractions musculaires que l'agent mis en usage pourrait provoquer.

M. Roux est un peu épouvanté de l'introduction fréquente de l'hystéromètre dans la pratique chirurgicale; il demande donc quels sont les cas dans lesquels ce moyen d'investigation est nécessaire. Il croit que, dans quelques cas, il peut y avoir de la coarctation du col de l'utérus, ce qui peut amener de la gêne dans la menstruation et mettre des obstacles à la conception ; dans ces cas, il lui est arrivé une ou deux fois d'introduire avec précaution une sonde, et la conception a pu avoir lieu. Mais pour sonder continuellement, même dans les cas de tumeurs, il est loin d'être de cet avis ; il craint qu'on ne s'expose à provoquer des avortements : il serait donc peiné de voir cette doctrine se propager.

M. Huguier répond que, loin d'avoir les inconvénients que re-

doute M. Roux, le cathétérisme utérin est une des plus belles conquêtes de la chirurgie ; il croit que c'est un des meilleurs moyens pour reconnaître quelques affections. Quel est, du reste, le moyen qui n'a pas d'inconvénient ? Il ajoute que, dans quelque temps, il lira à la Société un travail sur le cathétérisme utérin.

M. Maisonneuve partage l'avis de M. Danyau quant à l'époque de l'opération ; comme la grossesse semble être dans le cul-de-sac rétro-utérin, c'est là où elle peut marcher le plus longtemps sans causer d'accidents, et si l'enfant vient à succomber, là, plus que partout ailleurs, l'élimination sera possible.

## *Séance du* 12 *mai* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier dit que MM. Moreau père et fils ont visité sa malade, et qu'ils ont admis une grossesse extra-utérine.

### Correspondance.

M. Dufraisne-Chassaigne adresse un mémoire sur les polypes du rectum. Une commission composée de MM. Huguier, Maisonneuve et Forget est chargée d'examiner ce travail.

### Nouveaux glossocomes et nouveaux principes pour le traitement des fractures.

M. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque, donne lecture d'un mémoire relatif au traitement des fractures, et présente l'appareil contentif qu'il a imaginé à ce sujet. (Commission : MM. Denonvilliers, Larrey et Boinet.)

Voici un extrait de ce travail :

Le traitement des fractures se réduit à deux méthodes et à quatre genres de moyens.

De ces méthodes, l'une veut les traiter par un appareil définitif ; l'autre veut pouvoir toujours examiner le membre pour remédier à tous les accidents qui peuvent survenir.

Nous repoussons la première par deux motifs : le prem

qu'elle ne peut tenir la principale promesse qu'elle prétend offrir, de préserver la fracture de tout mouvement ; le second, c'est qu'elle emploie des moyens qui sont particulièrement dangereux par leur dureté et la résistance de leur contexture.

Nous adoptons, au contraire, la seconde méthode, parce qu'elle permet de visiter souvent le membre et d'opposer divers moyens aux différentes complications qui se présentent ; de telle sorte que, malgré les difficultés, on peut presque toujours, avec beaucoup de soins, arriver à un heureux résultat.

Mais c'est ainsi qu'on est arrivé à confondre la bonté du moyen avec la vigilance et l'habilité du chirurgien, tandis que la véritable question consiste à trouver des moyens qui puissent réussir entre les mains les moins habiles.

Au reste, ces moyens se réduisent à quatre espèces :

1° Les appareils solidifiables, qui, à eux seuls, représentent la méthode inamovible que nous condamnons ;

2° Les appareils à constriction, qui représentent les appareils hippocratiques, ou ceux que l'on emploie le plus ordinairement ;

3° Les appareils à extension, que l'on a préconisés dans les cas les plus graves des fractures ;

4° Les appareils qui modifient la situation du membre et qui réunissent l'hyponarthécie et les plans inclinés.

Tous ces moyens comptent des succès à la condition des plus grands soins ; mais ils comptent aussi des revers tenant à une seule cause, qui fait toute la difficulté du traitement des fractures. Cette cause, c'est que chacun de ces moyens n'a isolément qu'une force contentive qu'on est obligé de pousser trop loin pour la sensibilité des organes ; d'où il résulte cette triste conséquence, qu'afin d'être suffisants pour la contention ils deviennent dangereux par les obstacles qu'ils apportent aux diverses fonctions du membre.

Pour éviter ces inconvénients, nous avons réuni dans un seul et même mécanisme toutes les conditions statiques et dynamiques que possèdent les quatre genres de moyens précités, et nous avons eu, de cette manière, des appareils qui nous ont présenté non-seulement l'ensemble de ces divers moyens, mais encore nous ont préservé de leurs inconvénients, puisque nous avons l'avantage de pouvoir contenir les fractures sans exagérer aucune de ces forces contentives.

En effet, la multiplicité ou la docilité des forces de nos appareils nous donne la faculté de répartir les effets contentifs sur la plus grande surface possible, et même celle, si l'on fatiguait ainsi les organes, de varier l'emploi de ces mêmes forces.

Avec ces principes, nous avons construit trois appareils pour le traitement des fractures; l'un sert aux fractures de l'humérus et de la clavicule, l'autre à celle de l'avant bras, et le troisième à toutes celles des membres pelviens; et nous sommes parvenu ainsi à rendre aussi assurés que facile les plus longs et les plus pénibles traitements, en remplissant les indications importantes :

1° De garantir l'immobilité des fractures aussi solidement que possible, puisqu'elles sont toujours contenues, soit par l'extension, soit par la compression;

2° De rendre l'examen du membre et les pansements aussi prompts et faciles que si le membre était à découvert, puisqu'il suffit de déboucler une courroie pour mettre le membre à nu;

3° De rendre les traitements les plus longs aussi supportables que faire se peut, puisque nous varions la position du membre par divers degrés de flexions, et qu'au moyen de la suspension nous avons pu faire descendre des fracturés de la cuisse de leurs lits, de même que nous pouvons laisser le bras libre pour les fractures de la clavicule.

Les appareils qui remplissent et simplifient ces indications sont cependant des machines assez compliquées, mais qui se résument dans des plans hyponarthéciques à coulisses pour les accommoder à toutes les longueurs.

Ces plans sont articulés par des charnières dirigées par des compas de graduations allongées par des vis. A ces plans se joignent des attelles qui, pour l'appareil des fractures des membres inférieurs, sont aussi à coulisse.

### Hydarthrose du genou.

M. Verneuil lit une observation d'hydarthrose du genou avec lésions anatomiques multiples. Une commission composée de MM. Houel, Demarquay et Gosselin est chargée d'examiner le travail de M. Verneuil.

### Grossesse extra-utérine.

M. le docteur Laborie, ancien chef de clinique de la Faculté,

donne lecture d'un travail intitulé : *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois, avec persistance de la vie de l'enfant.*

Dans ce mémoire, l'auteur a eu en vue les deux faits de grossesse abdominale récemment soumis à l'examen de la Société de chirurgie, et, s'attachant spécialement à la partie pratique du sujet, il s'efforce de démontrer que, dans ces cas, la nature reste tout à fait insuffisante pour amener une terminaison heureuse quelconque sans l'intervention de l'art.

Tous les faits consignés dans les annales de la science confirment cette donnée et permettent d'établir en principe la nécessité absolue, si l'on veut conserver les jours de la malade, d'agir chirurgicalement.

M. Laborie, après avoir fait l'examen des conditions physiologiques nouvelles qui permettent à un œuf ainsi disposé dans la cavité péritonéale de s'y développer jusqu'au terme régulier de l'évolution fœtale, démontre que le chirurgien ne doit pas attendre pour intervenir les dernières périodes de la grossesse; car la vie de la femme se trouve menacée par la rupture de l'œuf, par l'hémorrhagie et par l'épuisement, qui est la conséquence du développement de l'œuf.

L'auteur, pour répondre à l'opinion des chirurgiens qui proposent l'expectation, recherche quelles sont les chances heureuses qui peuvent naître de cette expectation ? Ces chances lui paraissent nulles. Aussi conclut-il en proposant d'opérer après le septième mois révolu.

Quant au choix de l'opération, M. Laborie, se basant sur l'étude anatomo-pathologique des faits connus et spécialement du fait présenté par M. Desprez, repousse, quand l'œuf est aussi volumineux, l'élytrotomie, et propose d'une manière absolue la gastrotomie. Il termine enfin son travail par les conclusions suivantes :

1° La grossesse extra-utérine abdominale paraît être la seule qui permette au produit d'atteindre son développement complet.

2° Si des terminaisons heureuses et spontanées ont été observées dans les cas de grossesse extra-utérine, on ne peut en rapporter aucun cas ayant trait à la grossesse abdominale ayant dépassé le septième mois avec conservation de la vie de l'enfant.

3° A cette époque de la gestation, la vie de la malade est mena-

cée par l'imminence d'une hémorrhagie, d'une rupture de l'œuf et, par suite, d'une péritonite, et enfin par le dépérissement.

4° L'intervention de l'art reste la seule chance de salut pour la mère.

5° On ne peut espérer, pendant l'expectation, voir diminuer la somme des dangers, la nature ne pouvant offrir aucune des ressources que l'on rencontre dans les autres espèces de grossesses extra-utérines.

Il faut donc que l'intervention soit prompte, car les dangers consécutifs à l'opération seront d'autant plus considérables que le produit présentera un plus fort volume.

6° Le seul procédé qui puisse permettre d'extraire avec certitude l'œuf entier consiste à pratiquer la gastrotomie.

Cette opération pourra être faite avec avantage par la destruction successive de la paroi abdominale à l'aide d'un caustique.

### Des injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Robert. Il y a trois semaines, j'ai présenté des pièces anatomiques prises sur un malade mort dans mon service des suites d'un abcès par congestion, traité par M. Boinet à l'aide des injections iodées; aujourd'hui je viens de nouveau attirer l'attention de la Société sur le même sujet. Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune homme qui est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, pour se faire traiter d'une paraplégie que l'on crut pouvoir rattacher à des accidents syphilitiques contractés deux ans auparavant. Sous l'influence de l'iodure de potassium, les accidents cédèrent; mais bientôt on vit apparaître une légère incurvation de la région lombaire et un vaste abcès par congestion dans cette même région. M. Boinet, qui fut chargé de traiter le malade, fit plusieurs injections iodées, trois ou quatre. A la suite de la dernière injection, de graves accidents survinrent; la gangrène s'empara des parois du foyer. Le malade quitta l'hôpital Saint-Louis, et entra ensuite à Beaujon, service de M. Barth, et de là il passa dans celui de M. Robert, où il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on constate une large poche, suite de l'abcès, communiquant par un trajet large avec le foyer du mal correspondant aux dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales et première lombaire, profondément altérées par des tubercules; les membranes de la moelle sont épais-

sies dans ce point. Je ne doute point, ajoute M. Robert, que les accidents de paraplégie qui sont survenus chez ce malade, et qui ont cédé avec l'apparition d'un abcès, étaient dus à la compression de la moelle par un tubercule qui, en se ramollissant, a cessé de comprimer la moelle épinière. Chez ce sujet, il y avait un large foyer de communication entre l'abcès et la colonne vertébrale; par conséquent les injections iodées ont pu pénétrer facilement jusqu'à l'altération des os, et cependant le malade a succombé. En présence de ce fait fort intéressant, je me demande si, dans le cas d'abcès par congestion, les injections iodées n'avancent pas plutôt le terme fatal des malades, bien loin de les guérir, comme le veut notre collègue M. Boinet.

M. Boinet. Je n'ai point la prétention de guérir tous les abcès par congestion; il est des altérations qui sont au-dessus des ressources de l'art. D'ailleurs, ici les injections iodées n'ont point été faites convenablement; trois seulement ont été pratiquées, à la suite desquelles le malade a éprouvé un mieux notable, et je l'ai perdu de vue. Quant à la gangrène qui est survenue chez ce malade, elle ne peut être attribuée à l'injection iodée, car c'est longtemps après qu'elle est apparue. En résumé, ce fait incomplet ne prouve rien contre ma méthode.

M. Robert. M. Boinet dit : Ce fait ne prouve rien contre ma méthode, soit; mais il ne prouve pas pour. En trois semaines je présente deux revers; et par qui sont-ils éprouvés? Par M. Boinet lui-même, qui trouve que sa méthode a été mal appliquée. Si j'étais hostile à ce genre de traitement, je ne me conduirais pas autrement que M. Boinet le fait. Il déclare qu'il faut faire un grand nombre d'injections, et il abandonne les malades qui lui sont confiées à la troisième ou à la quatrième injection. Faut-il, comme le veut notre collègue, ne pas attribuer aux injections iodées les accidents de gangrène qui sont survenus? Je ne le pense pas. Le malade m'a assuré trop de fois que ces accidents avaient été consécutifs à la dernière injection. Pour qu'il y ait le moindre doute, d'ailleurs, la position même de la partie gangrenée éloigne toute idée de pression, comme cause déterminante de l'accident que nous venons de signaler.

M. Boinet, tout en convenant que les injections iodées ne guérissent pas tous les abcès par congestion, déclare néanmoins que

dans les cas désespérés elle est encore utile en prévenant la fétidité du pus et en rendant aux malades leurs derniers moments plus faciles.

M. Larrey croit remarquer, d'après ce que vient de dire M. Boinet, une modification assez notable de ses idées premières sur l'emploi des injections iodées. M. Boinet semble leur accorder une efficacité moins absolue, moins exclusive aujourd'hui qu'autrefois, en reconnaissant que cette médication n'a souvent qu'un effet palliatif et non curatif. Quelle est la cause de cette différence? Elle s'expliquait déjà par les deux observations d'insuccès que M. Robert a communiquées. Elle tient peut-être aussi à l'expérience propre de M. Boinet, qui ne saurait prétendre avoir toujours guéri les abcès par congestion à l'aide de cette méthode. L'observation que M. Larrey s'est réservé de faire connaître à la Société sera un fait de plus ajouté aux insuccès des injections iodées, et il répète que l'on ne saurait, dans tous les cas, préciser avec trop d'attention la nature de la maladie, afin d'apprécier avec exactitude les résultats du traitement.

M. Boinet. Je n'ai rien à retrancher de mes premières convictions; elles sont toujours les mêmes. Je puis fournir des faits nombreux à l'appui de l'avantage des injections iodées dans les abcès par congestion. Je puis même citer à M. Robert un fait qu'il ne mettra pas en doute; il s'agit de la femme d'un confrère affectée d'abcès par congestion, et guéri par moi à l'aide d'injections iodées.

M. Robert. J'ai souvenir du fait cité par M. Boinet. Il s'agissait d'un abcès déterminé par la carie d'une apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale peu grave, dont le trajet fistuleux était fort court. Quand j'ai perdu de vue la malade, il n'y avait plus qu'un petit trajet fistuleux résultant d'une ponction sous-cutanée.

M. le professeur Roux dit, en terminant, qu'il a eu récemment occasion d'employer les injections iodées pour guérir trois malades affectées d'abcès par congestion. Ces malades ne sont pas guéris, mais ils se sont bien trouvés des injections iodées qui leur ont été faites. Au sujet d'abcès par congestion, M. Roux fait remarquer les difficultés sérieuses que rencontre le chirurgien dans le diagnostic des abcès froids d'avec certains abcès par congestion.

M. Maisonneuve propose de nommer une commission chargée

d'étudier tous les faits relatifs à cette question des injections iodées dans les abcès par congestion.

Une commission, composée de MM. Maisonneuve, Robert et Guersant, est nommée pour examiner les malades soumis à ce mode de traitement.

### Membres artificiels.

A l'occasion de la présentation qui a été faite par M. Larrey dans la dernière séance de deux artilleurs amputés de l'avant-bras et porteurs de mains artificielles imaginées et fabriquées par M. Charrière, M. Ferdinand Martin dit d'abord que ces appareils ne présentent rien de nouveaux, et que Percy et Laurent en donnent une description aussi complète que possible à l'article MAIN du grand *Dictionnaire des sciences médicales*. Il ajoute qu'ils ne sont qu'une reproduction incomplète de l'appareil de M. Van Petersen. M. Martin croit devoir à cette occasion mettre sous les yeux de la Société de chirurgie les modèles de bras artificiels dont il est l'inventeur, et qu'il a fait exécuter plusieurs fois pour des cas d'amputation ou d'arrêt de développement de l'avant-bras.

Les appareils de M. Martin sont composés d'une gaîne en cuir qui embrasse le bras, et qui est articulée avec une autre gaîne qui représente l'avant-bras et se termine par une main artificielle dont toutes les articulations sont mobiles.

Par le moyen d'un mécanisme intérieur, la portion d'avant-bras qui reste communique directement le mouvement aux doigts. Ainsi la flexion du moignon détermine celle des doigts, et son extension les fait ouvrir. Ce mouvement se produit sans le secours de l'autre main.

A l'aide de cet appareil le malade peut donc, par le seul fait de sa volonté, étendre ou fléchir son avant-bras, ouvrir ou fermer sa main artificielle, saisir ou lâcher spontanément des corps d'un certain volume. Ajoutons que la main peut être portée dans la flexion, dans l'extension, dans l'adduction ou dans l'abduction, et qu'enfin elle peut être placée dans un tel degré de pronation ou de suppination qu'on peut désirer, tout en conservant les mouvements de flexion et d'extension des doigts.

M. Martin rapporte que plusieurs dames affectées d'arrêt de développement de l'avant-bras gauche, et faisant usage de ses mains

artificielles, peuvent coudre, broder, tricoter, jouer aux cartes, au whist et au piquet, par exemple, etc. L'une d'elles, entre autres, est arrivée à se servir de son appareil avec une telle perfection, qu'elle reconnaît si les objets qu'elle a saisis sont tenus solidement, ou si elle peut craindre de les laisser échapper; qu'elle distingue parfaitement un corps métallique d'un objet moins résistant; qu'elle reconnaît si une étoffe est de laine ou de toile, etc.

M. Martin entre dans quelques détails au sujet de ce phénomène de la palpation transmise par un appareil prothétique. Il dit, et il est facile de le concevoir, que les nerfs qui devaient venir se terminer à la main et servir au toucher sont arrêtés à la surface du moignon. Pour le malade, le sens du toucher réside donc évidemment et absolument dans ce point. Or, tous les chirurgiens savent que, lorsqu'ils saisissent un corps quelconque à l'aide d'une pince, ils ont parfaitement la conscience de la dureté ou de l'élasticité du corps qu'ils ont saisi; et rien n'empêche d'assimiler jusqu'à un certain point la main artificielle à la pince du chirurgien.

M. Martin ajoute que, dans le cas d'amputation, le malade peut bien arriver à se servir avec avantage de son appareil prothétique, mais que jamais il n'arrive au degré de perfection du toucher que nous venons de signaler, parce que les nerfs spéciaux du toucher sont emportés.

M. Martin cite cependant l'exemple d'un domestique amputé de l'avant-bras droit qui pouvait écrire, habiller son maître, servir à table, ôter et mettre son chapeau, etc., etc., le tout à l'aide de sa main artificielle.

M. Martin dit avoir présenté cet appareil à l'Institut en 1844.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 20 *mai* 1852.

### Présidence de M. LARREY.

### Correspondance.

M. Camille Bernard adresse un mémoire sur la chéiloplastie.

Une commission, composée de MM. Robert, Forget et Lenoir, est

chargée d'examiner le travail de M. Bernard et de faire un rapport.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de celui-ci, M. Boinet, revenant sur le malade mort d'abcès par congestion et dont M. Robert a présenté les pièces dans la dernière séance, cherche à établir d'une manière positive que les accidents de gangrène qui sont survenus dans le foyer de l'abcès ne peuvent être rapportés aux injections iodées, car ils sont survenus près de cinq mois après la dernière injection. L'observation de M. Boinet est renvoyée à la commission chargée de recueillir tous les faits relatifs à la question des injections iodées.

### PRÉSENTATION DE MALADES.

#### Tumeurs des bourses.

M. Vidal (de Cassis) présente un malade qui porte sur la peau du scrotum de nombreuses tumeurs, variant de volume depuis un grain de maïs jusqu'à une grosse noisette. Ces tumeurs, dures, légèrement élastiques, n'ont en aucune façon altéré la peau; elles paraissent appartenir aux tumeurs sébacées. M. Vidal en a enlevé une; il suffit d'une incision pour l'énucléer avec facilité; elle était formée d'un tissu comme plâtreux; elle a immédiatement durci au contact de l'air.

M. Lebert est prié d'examiner au microscope le produit de ces petites tumeurs.

M. Huguier. Le fait de M. Vidal est surtout intéressant par la multiplicité des tumeurs qui recouvrent le scrotum. Il serait heureux que la Société pût conserver un dessin de ce fait.

#### Luxation du cristallin.

M. Lebert communique quatre faits de luxation du cristallin que M. le docteur Recordon, chirurgien fort distingué à Lausanne, lui a fait connaître dans une lettre. Comme c'est la lecture d'un cas du même genre observé par notre honorable président M. Larrey qui a engagé M. Recordon à réunir ces faits, c'est naturellement à M. Larrey, qui s'occupe d'un travail sur ce sujet intéressant, que M. Lebert a cru devoir adresser ces observations, dont voici le résumé :

1° Un homme, âgé de vingt-deux ans, s'aperçoit un jour qu'il a

perdu la vue de l'œil gauche. En examinant le fond de l'œil, M. Recordon aperçoit un corps flottant dans la chambre postérieure, qu'il fut facile de reconnaître, après la dilatation de la pupille, pour le cristallin luxé dans sa partie supérieure et retenu par sa partie inférieure; il a conservé, du reste, sa transparence normale. Lorsque ce malade se couche sur le dos, la vue revient momentanément. Depuis quatre ans, cette luxation incomplète, qui s'est produite spontanément, persiste sans changement.

2° Une femme, âgée de trente-deux ans, se plaint d'avoir perdu depuis quelques mois la vue de l'œil droit. En examinant l'œil, M. Recordon fut frappé de voir à travers la cornée transparente le cristallin couché dans la chambre antérieure et appuyant contre l'iris, qu'il repousse en arrière; parfaitement transparent, il ressemble à une grosse goutte d'eau. L'iris n'est pas enflammé. Tout mouvement de la tête en arrière faisait disparaître le cristallin dans la chambre postérieure, pour reparaître de nouveau dès que la malade penchait la tête en avant. L'extraction dut être faite, mais elle fut très laborieuse, le cristallin ayant été très difficile à saisir. Il était du reste d'une transparence parfaite, et la vue s'est rétablie complétement. Cette même femme, opérée en 1847, se présenta de nouveau à la consultation de l'hôpital, en mars 1852, offrant à l'œil gauche les mêmes symptômes, qui nécessitèrent la même opération qu'à l'autre œil et qui fut suivie d'une guérison complète.

3° Les deux malades précédents offraient trois cas de luxation de cristallins transparents. Dans le quatrième cas de M. Recordon, il s'agit d'un cristallin cataracté chez un homme de soixante-dix ans, qui, ayant les deux cristallins pris, devait être opéré prochainement, lorsqu'un jour, retenu au lit pour des douleurs de rhumatisme, il fut étonné de voir tout à coup la partie supérieure de la fenêtre; mais, dès qu'il s'assit dans son lit, il rentra dans l'obscurité. Les jours suivants, le cristallin se détacha davantage, et environ huit jours après il avait complétement disparu dans le corps vitré fixé probablement dans quelque endroit en dehors de la pupille, mais non résorbé. La vue s'est maintenue sur cet œil jusqu'à présent.

M. Larrey insiste sur la rareté beaucoup plus grande du déplacement des cristallins transparents que de celui des cataractes; il demande si M. Recordon a précisé la durée de ce déplacement dans

ces différents cas, point qui a une certaine importance par rapport à l'intégrité ou aux modifications du cristallin.

M. Lebert répond à M. Larrey que les faits communiqués par M. Recordon se groupent en deux catégories : d'un côté, il y a les trois faits de cristallins transparents, dont l'un luxé incomplétement, les deux autres d'une manière entière. Le second cas offre encore cela de curieux que la même malade présente successivement la maladie aux deux yeux et est guérie par la double extraction. Dans le second fait, le cristallin transparent s'était déjà déplacé depuis plusieurs mois ; toutefois, je suis sûr que M. Recordon se fera un grand plaisir de donner à M. Larrey des renseignements sur la durée du déplacement, ainsi que sur tout autre point de ces observations qui serait précisé par notre honorable président.

J'aurais peut-être passé sous silence le quatrième cas d'un cristallin cataracté déplacé, comme se rapportant à des faits bien moins rares, si nous n'assistions pas dans ce fait à une issue très heureuse et inespérée d'un déplacement d'une cataracte qui faisait cesser la cécité sans opération et d'une manière jusqu'à présent durable.

M. Roux. Je n'ai point encore eu occasion de voir un cristallin non cataracté se luxer et tomber dans la chambre antérieure de l'œil ; mais j'ai vu souvent le déplacement du cristallin opaque tantôt avec complications d'accidents graves, d'autres fois sans complication. Un des faits les plus remarquables qu'il m'a été donné d'observer est celui du fils de don Carlos, retenu prisonnier à Bourges. Ce jeune prince était affecté d'une cataracte congénitale avec paralysie de la rétine. Un jour le cristallin passa dans la chambre antérieure. Appelé à Bourges pour examiner l'œil du jeune prince et pour pratiquer une opération s'il y avait lieu, je trouvai le cristallin ayant repris sa position normale ; au bout de quinze jours, le cristallin repassa dans la chambre antérieure. Il fut alors extrait sans difficulté. Aucun accident ne survint, mais la vue resta éteinte du côté gauche.

### Tumeur de la région thyro-hyoïdienne.

M. Chamart, de Tulle, présente une jeune fille de sept à huit ans qui porte dans la région thyro-hyoïdienne une tumeur arron-

die, mobile, du volume d'une cerise, élastique. Notre confrère demande ce qu'il convient de faire en pareil cas. Faut-il laisser marcher cette tumeur ou doit-on opérer et dans ce cas à quel procédé opératoire faut-il recourir ?

M. Guersant. J'ai eu occasion de voir un certain nombre de ces tumeurs : celle qu'il nous est donné d'examiner naît de l'espace compris entre l'hyoïde et le thyroïde ; elle a un pédicule étroit ; si on enlève cette tumeur, il restera un pédicule étroit qu'il sera difficile de guérir et qu'il faudra oblitérer par une cautérisation ou une injection irritante. On pourrait encore, après avoir découvert la tumeur, jeter un fil sur le pédicule pour prévenir la formation d'une fistule souvent si difficile à détruire.

M. Maisonneuve. J'ai souvent des résultats fort avantageux par l'injection de la teinture d'iode dans la grenouillette et dans les petits kystes de la région du col. Je propose donc de faire une ponction exploratrice pour déterminer nettement la nature de la tumeur, et de faire ensuite une petite injection iodée. Une incision, dans ce cas, ou une tentative d'ablation, aurait pour résultat de convertir cette petite tumeur en une fistule difficile à guérir.

M. Boinet. En m'appuyant sur certains faits qui me sont personnels, je proposerais, pour le cas actuel, une injection iodée. J'ai réussi, il y a dix années, à guérir une dame qui portait une tumeur enkystée développée dans la même région. Lisfranc avait donné des soins à cette malade, et il n'avait rien obtenu en enlevant une partie de la tumeur. Trois injections iodées m'ont permis de guérir une maladie qui avait résisté aux soins les mieux entendus et les plus éclairés.

M. Giraldès. Je suis très partisan, dans ce cas, d'une ponction exploratrice ; elle donnera des détails précis sur la nature du kyste et sur la résistance de ses parois. Une injection iodée ne peut réussir que lorsque les parois sont minces, délicates ; mais celles-ci sont dures, résistantes. Une injection iodée transformera les parois des membranes ; elle les rendra fongueuses ; alors le traitement local devient insuffisant ; il faut y joindre un traitement général.

M. Robert. Il est un certain nombre de ces kystes très difficiles à guérir. Sabatier et Boyer, qui connaissaient cette maladie, avaient aussi constaté cette difficulté. Il y a la condition anatomique qui rend compte de cette difficulté ; c'est la longueur du pédicule de ces

tumeurs enkystées, qui va jusque derrière l'os hyoïde. J'ai eu deux fois l'occasion de traiter ces petits kystes ; la première fois, il y a quelques années, ce fut sur un jeune homme du midi de la France, auquel un vieux praticien avait déclaré son mal incurable. J'ai mis tout en œuvre pour le guérir, et mes efforts furent inutiles. Je n'ai point été plus heureux l'année dernière à l'hôpital Beaujon.

Je serais d'avis de ne rien faire pour le moment; et, si le mal augmente, recourir aux injections iodées. Je suis étonné des succès obtenus par M. Guersant dans ce genre d'affection à l'aide des moyens qu'il nous a indiqués.

M. Guersant. Mes succès ne sont pas nombreux. Je reconnais qu'il est un certain nombre de ces petites tumeurs qui, lorsqu'elles sont ouvertes, se convertissent en fistules et sont tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Ce sont celles qui ont été signalées par Dupuytren, et dont le pédicule va jusqu'à la membrane muqueuse laryngée. Les succès que j'ai obtenus m'ont été donnés par le fer rougi à blanc et par la teinture d'iode.

M. Maisonneuve. Il importe, au point de vue du traitement, de ne pas confondre les tumeurs enkystées de la région thyro-hyoïdienne avec les fistules, qu'il est difficile de guérir par les injections iodées, tandis que les petits kystes dont nous nous occupons cèdent assez facilement à ce moyen de traitement.

M. Robert. M. Guersant a confondu les fistules qui succèdent aux kystes dont nous nous occupons avec les fistules congénitales, dont le point de départ est dans la persistance d'une fente branchiale située à la partie inférieure de la langue. Ces tumeurs sont placées sur les parties latérales du cou. M. Danyau a présenté ici un fait de ce genre.

M. Danyau. Indépendamment du fait dont vient de parler M. Robert, j'ai eu occasion de traiter, avec Blandin, un enfant qui portait au cou une fistule congéniale dont le point de départ était du côté du larynx. Blandin mit en usage plusieurs moyens ; mais le seul qui fût efficace, ç'a été la teinture d'iode.

M. Forget a donné comme une contre-indication à l'opération l'incurabilité de la plaie résultant de celle-ci. Or, aucun fait n'est venu établir cette incurabilité. Quant au prolongement de la tumeur, qui, d'après M. Robert, s'étendrait jusqu'à l'épiglotte, et qui serait encore une contre-indication à l'opération, je ferai ob-

server qu'il est loin d'être démontré. Le fût-il d'ailleurs, que j'y verrais un motif de plus d'opérer immédiatement. En effet, pourquoi voulez-vous attendre? La tumeur fait des progrès; elle en fera chaque jour de nouveaux; elle s'étendra davantage vers les parties profondes, et votre temporisation n'aura d'autre résultat que de reculer la difficulté, et même de l'aggraver.

Pour ma part, je ne crois pas à ce prolongement de la tumeur. Petite, très mobile à son origine, elle s'est développée dans le lieu même qu'elle occupe. Aujourd'hui elle est facile à déplacer; on peut la circonscrire entre les doigts dans presque toute sa circonférence. En la faisant glisser sous la peau, on s'aperçoit bien qu'elle est retenue par une sorte de pédicule lâche sur lequel on peut exercer des tractions sans produire de douleur. Ce pédicule me paraît formé d'un tissu fibro-celluleux qui adhère à la membrane thyro-hyoïdienne. Cette connexion explique pourquoi la tumeur suit les mouvements du larynx dans l'effort de déglutition, mais ne prouve nullement qu'elle se prolonge au delà de cette membrane.

Si d'ailleurs il existait un diverticulum, une sorte d'arrière-cavité, en saisissant le kyste et en le comprimant, on déplacerait le liquide qu'il contient, on le ferait refluer en partie dans ce diverticulum, et la tumeur s'affaisserait. Or rien de semblable n'a lieu; le kyste conserve toujours son même volume et une consistance uniforme.

Par ces motifs, ajoute M. Forget, je crois qu'il s'agit d'un kyste superficiel dont la guérison pourra être obtenue sans trop de peine.

A cette occasion, M. Forget rappelle qu'il y a une dizaine d'années il vit un habitant de Chartres qui portait précisément dans la région thyro-hyoïdienne et à son centre un semblable kyste beaucoup plus volumineux, il était gros comme une petite pomme de reinette; ce kyste fut opéré par incision cruciale : il contenait un liquide albumineux : sa cavité, parfaitement circonscrite, était d'un blanc nacré; on voyait son fond se plisser dans les mouvements de déglutition, par suite des adhérences que ce kyste avait avec la membrane thyro-hyoïdienne. On le cautérisa, et par inflammation et suppuration on obtint la guérison la plus solide au bout de six semaines.

**Hypertrophie fibro-gélatineuse de la glande mammaire.**

M. Larrey présente une tumeur volumineuse du sein dont il a pratiqué l'ablation, et dont les caractères anatomo-pathologiques ont été jugés dignes d'intérêt par M. Lebert.

Voici d'abord l'observation sommaire de la maladie.

Mme V..., femme d'un officier, âgée de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, toujours bien réglée et mère de plusieurs enfants, s'aperçoit, dès l'année 1841, de l'existence d'une grosseur développée dans le sein droit, sans aucune cause appréciable, ni violence mécanique, ni influence héréditaire ou autre. Cette grosseur n'offre, du reste, alors qu'un petit volume comparable à celui d'une noisette, et formant une glande au-dessous du mamelon. Il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni chaleur, point d'inflammation, en un mot. Quelques sangsues cependant sont appliquées dès l'apparition de la tumeur, et sans résultat. Elle augmente d'une manière lente, insensible, mais continue, progressive, et acquiert, au bout d'une dizaine d'années, le volume d'une assez grosse orange. La malade nous dit que durant son séjour dans les pays chauds (en Afrique, par exemple, où elle accompagnait son mari), le développement de la tumeur a été plus lent que dans les pays froids.

Vers le mois de novembre 1851, sans cause connue, sans coïncidence de quelque dérangement fonctionnel, soit de la menstruation ou autre, la tumeur acquiert une augmentation notable, et fait ensuite des progrès incessants ; mais elle ne détermine jamais de douleur, si ce n'est quelques rares et vagues élancements à l'époque des règles qui, ne cessant point de reparaître à époques fixes, deviennent un peu moins abondantes.

La malade vient me consulter à cette époque, en me priant de l'opérer si tout autre traitement ne lui offre pas de chances assez certaines de guérison, quoiqu'elle n'ait à peu près rien fait jusqu'ici pour y parvenir.

La totalité de la mamelle droite se trouve alors transformée en une tumeur hémisphérique d'un volume considérable, pendante et retombant par son poids sur la région inférieure de la poitrine, offrant quelques inégalités ou bosselures à sa surface, sans autre altération de la peau qu'un amincissement par distension et une dilatation des veines superficielles.

Cette tumeur, assez mobile dans sa totalité, l'est davantage à sa partie inférieure et interne ; elle est molle, dépressible dans plusieurs points, où elle donne au toucher la sensation d'une fausse fluctuation ; elle présente partout ailleurs une consistance ferme, résistante et quelques bosselures. Elle fournit enfin, à la mensuration : selon sa demi-circonférence transverse, 33 centimètres, et selon la base de sa circonférence totale, 57 centimètres.

Il n'existe point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle correspondante, ni au voisinage de la clavicule.

On remarque seulement à la région latérale droite du cou, sur le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien et vers le niveau du lobule de l'oreille, une tumeur isolée du volume d'une noix, de consistance mollasse, ayant toute l'apparence d'un kyste graisseux, et développée pour ainsi dire à l'insu de la malade, sans aucun rapport avec la tumeur de la mamelle.

D'après l'appréciation de ses caractères, et eu égard aux bonnes conditions de santé de Mme V..., il me semble qu'elle est affectée seulement d'une hypertrophie du sein ou d'une mammite chronique avec ramollissement partiel, mais non dégénérescence de la glande mammaire.

C'est pourquoi aucune médication ne semble spécialement indiquée, si ce n'est l'ensemble des soins hygiéniques favorables à l'ablation de la tumeur.

Le 15 mai enfin, avec l'aide de MM. les docteurs Edme et Muller, du Val-de-Grâce, je procède à l'opération, ajournée jusque-là à cause de la mauvaise saison, et instamment réclamée par la malade. Une double incision semi-elliptique circonscrit la tumeur dans une direction transversale ; l'énucléation partielle n'empêchant pas la dissection de pénétrer profondément, l'aponévrose du grand pectoral et quelques fibres de ce muscle sont enlevées avec la tumeur. Les deux branches de la thoracique longue et un rameau de la thoracique courte sont liés, et les lèvres de la plaie, rapprochées dans une direction oblique en bas et en dehors, sont réunies dans la moitié supérieure par trois points de suture entortillée. Un pansement simple garni de ouate et maintenu par une bande complète l'appareil.

La position fléchie du bras, le repos et les soins convenables

préviennent tout accident primitif, et dès les premiers jours la malade se trouve dans les conditions les plus satisfaisantes.

La tumeur, examinée aussitôt après l'opération, pèse 1 kilo 730 grammes; elle est essentiellement formée de plusieurs masses de tissu fibro-colloïde, paraissant enkystées, et susceptibles de s'isoler les unes des autres par la dissection. Quelques-uns de ces kystes contiennent seulement de la matière gélatiniforme, et l'un d'eux, ouvert au moment de l'opération, a laissé échapper une certaine quantité de cette matière à l'état liquide : de là, sans doute, la sensation de fluctuation perçue auparavant.

Quant à l'examen anatomo-microscopique de cette tumeur, il ne pouvait être mieux fait, ajoute M. Larrey, que par notre honorable collègue M. Lebert, et je le prie de vouloir bien en rendre compte à la Société.

M. Lebert. La tumeur a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme; la peau qui la recouvre est intacte, mais considérablement bombée par la saillie et les bosselures de la tumeur sous-jacente. Le mamelon est dans son état normal, non fixé par des adhérences.

Il est facile de disséquer la tumeur de tous les côtés, et même les connexions ordinaires qui existent entre les conduits galactophores et le mamelon sont réduites à quelques filaments celluleux. La couche de tissu cellulo-adipeux qui entoure à l'état normal la glande en est plus facilement et plus complétement séparée par la dissection qu'à l'état normal. A la circonférence antérieure, la couche de tissu cellulaire sous cutané est très épaisse, dépassant 1 centimètre.

La tumeur, complétement énucléée, est entourée d'une membrane cellulo-vasculaire, lisse, luisante, d'un gris-jaunâtre, rosé par places, n'offrant nulle part, du reste, une vascularité très riche. Déjà, à travers cette enveloppe encore intacte, on peut saisir le caractère incomplétement transparent du tissu de la tumeur. Sa consistance est ferme et élastique, sa surface est largement bosselée et lobulée, et bien que de dimensions inégales, cette configuration rappelle les grandes divisions de la glande mammaire; quelques-unes sont séparées de celles qui les avoisinent par des scissures assez profondes remplies de tissu cellulaire lâche.

Lorsqu'on fend la tumeur dans son plus grand diamètre, on voit

que les divisions, en apparence peu nombreuses à la surface, son bien plus multipliées dans l'intérieur; en sorte qu'elles rappellent non-seulement les lobes, mais aussi les petites lobules de la glande. Quelques-uns de ces divisions dépassent à peine le volume d'une noix aveline ou d'un petit haricot, même d'un petit pois.

On rencontre dans quelques divisions une vascularité plus dense et même par-ci par-là de petits épanchements sanguins. On trouve également disséminées dans toute la substance de petites collections de liquides, qui, au premier abord, paraissent être des kystes clos ; mais qui, examinées de plus près, ne sont que des kystes lacuneux situés dans l'interstice et sous la membrane d'enveloppe des lobules, et constitués par un liquide transparent et gluant. Le tissu de la tumeur offre partout une teinte d'un gris jaunâtre ou d'un jaune pâle d'un aspect luisant, d'une demi-transparence gélatiniforme. Par la pression on en fait sortir une quantité assez considérable d'un suc abondant et gluant tout à fait transparent, ayant le caractère de celui que l'on trouve dans les kystes lacuneux.

En examinant le tissu de la tumeur pris dans un grand nombre de points, avec le microscope, on ne trouve point de culs-de-sac glandulaires; cependant on voit un certain nombre de cellules pâles, à petits noyaux, que l'on pourrait prendre au premier abord pour des épithéliums; mais lorsqu'on tient compte de ce que l'on trouve tous les passages entre ces cellules des corps fusiformes et des fibres, on peut se convaincre bientôt qu'il s'agit d'éléments fibro-plastiques. En effet, la plus grande masse de la tumeur est composée d'éléments fibreux, pâles, fins, pas très étroitement juxtaposés, séparés par une substance intermédiaire demi-transparente et finement grenue. Les éléments fibro-plastiques existent proportionnellement en petite quantité. Absence complète d'éléments cancéreux, absence enfin de tout élément gras.

En résumé, nous avons donc affaire à une hypertrophie fibro-gélatineuse de toute la glande mammaire, et non à une tumeur fibreuse ou fibro-plastique de nouvelle formation; car, dans ce dernier cas, nous aurions retrouvé la glande mammaire comprimée et atrophiée à la surface de la tumeur.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 26 mai 1852.*

**Présidence de M. Larrey.**

### Correspondance.

M. Dauvergne adresse les travaux suivants :

1° *Du traitement de la dartre squameuse humide ;*

2° *Dogmatisme pratique au sujet des maladies dartreuses en particulier ;*

3° *Synthèse pathologico-thérapeutique.*

Ces mémoires sont renvoyés à la commission chargée d'examiner le travail de M. Dauvergne.

### PRÉSENTATION DE MALADE.

#### Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis.

M. Huguier, en présentant le malade dont l'observation suit, rappelle que M. Demarquay, dans son mémoire sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, a parlé de cette maladie.

Tamisier, âgé de trente-neuf ans, demeurant à Neuilly, place de la Mairie, est atteint d'une hernie inguinale droite, pour laquelle il porte un bandage depuis deux ans. Il a depuis dix-huit ans un varicocèle. On trouve à la verge, au niveau de la base du gland, une couronne de vaisseaux transparents, durs, tortueux, de 3 ou 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux paraissent naître vers le frein du prépuce, contournent le gland, gagnent, en grossissant, sa face dorsale, d'où on en voit partir trois ou quatre un peu plus petits, mais aussi durs et aussi tortueux, et se dirigeant vers la racine de la verge; ils paraissent s'enfoncer dans les tissus fibreux de l'enveloppe de cet organe. On remarque que la muqueuse, ainsi que les vaisseaux veineux, glissent avec facilité sur les conduits déjà décrits, qui semblent être formés par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

La certitude du fait est donnée par M. Huguier, qui fait, avec une lancette, une ponction aux vaisseaux lymphatiques dilatés;

ces derniers s'affaissent en laissant écouler un liquide terne à peu près incolore.

M. Huguier demande quel traitement il convient d'appliquer à cette petite maladie.

M. Demarquay rappelle que, dans un cas analogue, M. Beau a obtenu la guérison en passant un petit séton au centre du lymphatique dilaté. Ce séton, laissé en place seulement quelques instants, a suffi pour amener une inflammation oblitérante. Je ferai une observation quant à la coloration du liquide qui s'est écoulé par la ponction. Je l'ai trouvé moins lactescent que celui que j'ai si souvent recueilli par la rupture des varices lymphatiques que j'ai observées.

**Atrophie et paralysie musculaire à la suite d'une plaie par arme à feu.**

M. Boinet présente un malade qui, dans les journées de décembre 1851, reçut une balle dans la région gauche du cou. Les plaies faites par le coup de feu sont guéries; mais il est résulté de cette blessure un amaigrissement de l'épaule gauche, dû probablement à la lésion des nerfs qui servent à la formation du plexus brachial, et d'où émane le nerf circonflexe. Par suite de la paralysie du deltoïde et des autres muscles de l'épaule, qui sont également atrophiés, la saillie de la tête de l'humérus est très prononcée, et pourrait laisser croire, à la simple vue et en examinant légèrement le malade, qu'il a un déplacement de la tête humérale; ce qui, en effet, a été admis par quelques médecins qui ont examiné ce malade. Il est bien évident que ce déplacement n'est qu'apparent, et que la saillie de la tête humérale ne paraît si prononcée que parce que les parties molles sont considérablement diminuées de volume, atrophiées. M. Boinet pense que, dans ce cas, l'électricité pourrait avoir quelque avantage, et consulte la Société pour savoir quels moyens thérapeutiques il devra employer dans ce cas.

M. Debout rappelle que le malade observé par M. Gosselin, dont l'histoire a été donnée par M. Empis dans sa thèse et qui était affecté d'une paralysie avec atrophie musculaire d'un bras à la suite d'une luxation de l'épaule, est actuellement en voie de guérison. Sous l'influence de la galvanisation, M. Duchenne a en quelque sorte refait les muscles atrophiés, et c'est après cette reconstitution que les muscles reprirent leur action.

**Deux exemples d'arrachement d'un orteil et d'un doigt avec entraînement des tendons et d'une partie des fibres charnues de leurs muscles.**

M. Debrou, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, présente sous ce titre les deux observations suivantes :

Obs. I. — Le premier exemple a pour sujet un homme qui, descendant de cheval à une porte où il devait s'arrêter, mit d'abord un pied à terre pendant qu'il dégageait le pied gauche de l'étrier ; le cheval appuya son sabot sur le bout du gros orteil du pied droit, qui était déjà posé sur le sol. Le premier mouvement de l'homme, une fois que son pied gauche fut dégagé, fut de retirer fortement le pied droit qui était comprimé par le cheval, au lieu de chercher à faire changer celui-ci de place. Pendant le mouvement brusque et très fort ainsi opéré, le cheval ne lâcha point prise, et il résulta de cette double circonstance : d'une part, une extension énergique faite par la jambe de l'homme, et, d'autre part, une contre-extension faite par la pression du sabot du cheval. L'orteil se rompit sous ces deux efforts dirigés en sens inverse, et la séparation eut lieu au niveau de l'articulation des deux phalanges. Au premier instant, l'homme, heureux d'avoir retiré son pied, se crut quitte pour peu de chose; mais, en voulant marcher, il se sentit blessé, vit du sang sortir, et, regardant alors au pied du cheval, il trouva un bout de son orteil avec des chairs pendantes. Le hasard fit qu'il était à la porte d'un médecin, qu'il venait chercher, M. Malartic, d'Olivet (près Orléans). Ce médecin, dit M. Debrou, recueillit la partie mutilée, qu'il a eu la bonté de m'offrir et que je mets sous vos yeux.

En examinant la partie séparée, on voit qu'elle consiste :

1° En la dernière phalange recouverte de tout ce qui l'entoure, ongle et chairs, celles-ci étant coupées par une section nette au niveau de l'articulation des deux phalanges entre elles;

2° En un long tendon, celui du grand fléchisseur propre du gros orteil, qui seul entre les parties molles a échappé à la section, tient encore à la base de la première phalange et a entraîné avec lui une partie des fibres charnues du muscle.

La longueur totale ainsi arrachée avec la phalange est de 0,34, dont 0,21 pour la partie tendineuse et 0,13 pour la partie char-

nue. Pour faire comprendre cette disposition, qui semble au premier abord contraire à la disposition naturelle du muscle, puisque celui-ci, à l'inspection sur le cadavre, n'offre un tendon libre que dans l'étendue de quelques centimètres, je rappellerai qu'une partie du tendon est cachée par les fibres charnues et remonte assez haut à la jambe, et qu'elle a été arrachée ici avec l'épanouissement aponévrotique qui lui sert d'origine.

La plaie de l'orteil donna peu de sang et fut pansée à plat, parce qu'il n'y avait pas de lambeaux de chairs capables de recouvrir sa surface. Elle fut trois semaines à se cicatriser. Il n'y eut point d'abcès, ni d'autre accident notable. Le malade conserva assez longtemps une douleur en arrière de la jambe, dans sa moitié inférieure et le long de son bord interne. Cette douleur gêna d'abord la marche, qui finit cependant par s'établir d'une manière complète. Je n'ai point vu moi-même le blessé et n'ai pas pu constater l'état des parties; mais je tiens de M. Malartic qu'au bout de deux mois il marchait très librement.

Obs. II. — Chez mon second blessé, ce fut le doigt indicateur de la main droite qui fut arraché avec ses tendons, et l'accident arriva de la manière suivante :

L'homme (Isidore Pointereau, fort et vigoureux, âgé de quarante-deux ans) s'arrêtait dans une auberge d'Orléans avec son cheval et sa voiture, lorsque celui-ci eut peur et se mit à ruer. Pour le maintenir, Pointereau voulut prendre la bride de la main droite. Le cheval alors saisit entre ses dents trois doigts de cette main et s'enlève en tenant le malheureux homme comme suspendu en l'air. Celui-ci fit des efforts pour dégager ses doigts, parvint à retirer le médius et l'annulaire de la bouche du cheval, mais l'indicateur resta engagé et se rompit un peu au-dessous de l'extrémité métacarpienne de la première phalange. Dans le premier instant, le blessé ne s'aperçut point de sa mutilation, et, exaspéré par la colère, il se mit à corriger le cheval, sur lequel il cassa le bâton de son fouet en le tenant de la main mutilée elle-même. Ce ne fut qu'un peu après qu'il eut le sentiment de sa blessure. Le doigt fut ramassé, et le malade vint à notre hôpital, où il nous le présenta le lendemain. Je le mets sous vos yeux, comme je l'ai fait pour l'orteil du premier malade.

On voit, en l'examinant, que le doigt entier a été arraché près

de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange est brisée et éclatée en plusieurs esquilles. Toutes les parties molles sont circulairement et nettement coupées, à l'exception de deux tendons, celui de l'extenseur propre et celui du fléchisseur commun et profond. Tous les deux sont arrachés dans une longueur à peu près égale de 0,28, et sont accompagnés d'une portion charnue, le second surtout, sur lequel on reconnaît même l'insertion déchirée du lombrical correspondant.

Il n'y eut point d'hémorrhagie. La plaie fut recouverte de bandelettes agglutinatives, après que l'on eut retranché quelques esquilles faites par la brisure de l'os. L'extrémité supérieure de celui-ci (qui était la première phalange) fut d'ailleurs laissée dans son articulation avec le métacarpien.

Il survint quelques accidents : d'abord une bronchite intense qui fut accompagnée de fièvre. Puis le poignet, du côté de l'éminence thénar, l'avant-bras et un peu le bras se tuméfièrent. Des sangsues furent appliquées. Néanmoins il se forma deux abcès qui furent ouverts l'un dans la paume de la main, en dedans du pouce, l'autre au bas et sur le côté interne de l'avant-bras. Des bains et des cataplasmes achevèrent le traitement. Entré à l'hôpital le 24 novembre 1851, le malade en sortit le 8 janvier 1852, conservant encore un peu de gonflement dans la paume de la main, mais ayant sa plaie cicatrisée.

— Des faits semblables à ceux que je viens de rapporter sont assez rares pour qu'il m'ait paru utile de vous les présenter; mais je me hâte de dire qu'ils ne sont pas uniques. Le tome II des *Mémoires des l'Académie de chirurgie* en renferme à lui seul huit exemples, dont sept ont été rassemblés par Morand. Dans tous les cas, il s'agissait de doigts de la main, principalement le pouce ou l'index, qui avaient été arrachés avec leurs tendons dans une grande longueur.

Morand remarque, d'après les faits eux-mêmes, que le danger de ces sortes de plaies n'est pas en général très grand. Il expose avec habileté le mécanisme de l'arrachement des tendons, donne plusieurs figures concernant les pièces anatomiques qu'il a vues, et semble même indiquer qu'il aurait fait des expériences sur le cadavre pour reproduire artificiellement la lésion qu'il décrit. Après lui, il n'y a donc pas grand'chose ou rien à faire, et si je n'ai pas

voulu laisser perdre les deux observations que j'ai l'honneur de vous présenter, c'est qu'il m'a paru que les recueils de nos jours, qui enregistrent cependant tant de choses, sont très peu riches en faits de ce genre.

Je me bornerai à rapporter très brièvement les tentatives que j'ai faites moi-même pour opérer l'arrachement des tendons sur le cadavre. Le résultat est assez facile à obtenir, pourvu que l'on se place dans les conditions où se sont trouvés les blessés, c'est-à-dire si l'on coupe soigneusement toutes les parties qui enveloppent une phalange, à l'exception des tendons. Au moyen d'une traction forte opérée sur le doigt à l'aide d'une corde, on arrache ainsi assez facilement les tendons extenseurs et fléchisseurs dans une grande étendue et avec des fibres charnues. Ce qui est le plus important à constater, c'est l'état de la partie d'où les tendons ont été arrachés. Pour en donner une idée exacte, je rapporterai comme il suit ce que j'ai observé au pied et à la jambe, après un arrachement du gros orteil accompagné de son tendon grand fléchisseur.

A la région plantaire on ne voyait aucun désordre. Le tendon manquait seulement dans la coulisse étendue qui lui donne passage et qui était vide sans être dechirée. Au-dessus du calcanéum existait un renflement charnu long de 4 à 5 centimètres, et assez fort, sorte de bourrelet ou de peloton situé sur le bord interne du tendon d'Achille, et qui était formé par un tassement et une agglomération des fibres charnues, lesquelles, entraînées en bas avec le tendon, n'avaient pas pu s'engager avec lui dans la coulisse. Cette disposition est due à ce que le muscle grand fléchisseur du gros orteil a un ventre de fibres assez considérable immédiatement au-dessus de la coulisse calcanienne. Si au milieu des fibres charnues ainsi agglomérées on cherchait le tendon qu'elles recouvrent et cachent à l'état ordinaire, on le trouvait absent, et à sa place était une gouttière capable d'admettre aisément un gros tuyau de plume. Cette gouttière se prolongeait de bas en haut, en diminuant de calibre jusque vers le milieu de la jambe, et se continuait par une gaîne plus étroite presque jusqu'à l'attache supérieure du muscle au péronée. Cette gouttière et cette gaîne marquaient la place laissée vide par le tendon arraché ou par l'aponévrose qui sert d'origine au tendon, laquelle aponévrose avait été entraînée avec lui.

Tout le long de la coulisse ainsi formée, les fibres charnues étaient déchirées régulièrement et s'inclinaient en bas, où les plus inférieures donnaient lieu au bourrelet dont j'ai parlé ci-dessus.

Je constatai en outre une déchirure au tendon du long fléchisseur commun des orteils et un arrachement des deux faisceaux tendineux qu'envoie ce muscle aux deuxième et troisième orteils. Cette circonstance résulte d'une disposition anatomique que je n'ai pas besoin de rappeler ici, et en vertu de laquelle le tendon fléchisseur propre envoie au tendon fléchisseur commun un gros faisceau qui se fond avec lui, et va fournir ensuite aux deuxième et troisième orteils. Et il en suit cette conséquence, que l'arrachement opéré sur le gros orteil endommage aussi le second et le troisième.

Cette description me dispense de rapporter ce qui arrive à la main et à l'avant-bras dans l'arrachement d'un doigt. La différence principale consiste en ce qu'il n'y a point de bourrelet charnu au niveau du poignet. Les tendons et leur épanouissement aponévrotique glissent facilement dans les coulisses de cette région avec une partie des fibres charnues, parce que les muscles ici sont régulièrement fusiformes.

M. Robert. Aux deux faits signalés par M. Debrou d'arrachement de doigts avec leurs tendons et aux sept de Morand, il faut encore ajouter les deux qui me sont propres et celui qui a été observé par M. Cloquet à l'hôpital Saint-Louis. Il résulte de mes observations et de celles qui ont été faites avant moi que ces arrachements de doigts avec leurs tendons ne sont pas bien graves. Les deux malades que j'ai vus ont parfaitement guéri; ceux de Morand, de MM. Cloquet et Debrou ont été aussi heureux. Un de mes malades a éprouvé un peu de trismus, mais sans suites graves.

M. Marjolin. J'ai donné des soins à un malade qui avait éprouvé le même accident. Cet homme, qui exerce la profession de tourneur sur métaux, a eu un doigt indicateur arraché sans que l'on puisse bien se rendre compte du mécanisme de l'accident. Dans ce cas, les choses ne se passèrent point comme chez les malades observés par mes prédécesseurs; il survint en effet des abcès, des hémorrhagies, et le malade ne guérit qu'après avoir couru les plus graves dangers.

M. Giraldès a vu, l'année dernière, à Saint-Louis, un malade dont le pouce avait été arraché par un enroulement dans une mé-

canique ; il y est une section au niveau de la première phalange et du métacarpien.

M. Maisonneuve. Le premier fait rapporté par M. Debrou est bien curieux, car il démontre que l'arrachement a été le résultat des contractions musculaires faites par le malade lui-même pour soustraire son pied à la pression du cheval. Dans ce cas, il y a donc eu rupture d'un muscle en contraction.

M. Gerdy constate, comme M. Robert, le peu de gravité de ces arrachements de doigts ; mais cette remarque peut s'appliquer également aux autres lésions du même genre.

M. Huguier a eu occasion d'observer deux malades qui avaient éprouvé des arrachements de doigts. L'un avait eu l'indicateur arraché par un cheval, l'autre le médius et l'annulaire arrachés par une mécanique ; dans ce dernier cas, il survint des accidents assez sérieux.

M. Denonvilliers demande à M. Debrou de déposer au musée Dupuytren les deux doigts qu'il vient de présenter, afin qu'ils soient observés par ceux qui voudraient faire l'histoire de ces arrachements. Il ne doute pas que le pouce du premier malade de M. Debrou n'ait été arraché par le fait de la contraction musculaire ; quant au second, il est difficile de dire quelle a été la part de la contraction musculaire.

M. Larrey ajoute aux observations qui viennent d'être produites un fait indiqué par quelques chirurgiens militaires et signalé spécialement par son père (*Clinique chirurgicale*, t. Ier) chez les cavaliers. Ceux-ci, en conduisant, par exemple, leurs chevaux à l'abreuvoir, ont l'habitude d'enrouler la bride autour d'un ou de plusieurs doigts, et se trouvent ainsi exposés à une traction violente de la main par un mouvement brusque de la tête du cheval ou par un écart; il en résulte que cet effort imprévu exerce sur les doigts une puissance d'autant plus grande que l'action musculaire, surprise pour ainsi dire, reste nulle ou sans résistance. Le doigt cède donc à la force qui l'entraîne, soit par une traction directe, soit par un mouvement de torsion simultanée ; il est rompu, arraché, tantôt près d'une articulation, tantôt et plus souvent dans une articulation même. Un ou plusieurs tendons peuvent se rompre ainsi, soit vers le niveau de la plaie, soit à distance et assez loin jusque dans la portion charnue du muscle ou au niveau de la jonc-

tion tendineuse. C'est ce que démontrent quelques-uns des cas cités.

M. Larrey termine la discussion en annonçant qu'il présentera, dans la prochaine séance, une pièce pathologique du même genre qu'il a donnée au musée du Val-de-Grâce.

M. Gosselin fait observer que l'un des tendons fléchisseurs du doigt (le profond) a été rompu à une grande distance de la plaie, l'autre (celui du fléchisseur sublime) l'a été au niveau même de la blessure. Cette disposition s'explique sans doute par cette circonstance, que le tendon du sublime saisi au niveau même de la boutonnière qu'il fournit au profond, et divisé en ce point en deux languettes, a dû offrir moins de résistance que le tendon du profond formant un cordon volumineux, non divisé.

M. Gosselin demande si, dans les cas d'arrachements de doigt, on a vu ainsi l'un des tendons fléchisseurs déchiré à une plus grande hauteur que l'autre, et pense qu'il serait curieux de rechercher lequel s'est le plus souvent rompu à une grande distance de la plaie.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du 2 juin* 1852.

### Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

### Correspondance.

1° M. le président a reçu pour la Société et par l'intermédiaire de M. Birkett, membre du Collège des chirurgiens de Londres, la collection de *Guy's hospital reports* en 24 volumes.

M. Birkett a joint à cet envoi un ouvrage de lui sur les maladies du sein : *The diseases of the Breart, and their treatment.*

Une lettre de remercîments sera adressée à M. Birkett, et M. Giraldès fera un rapport verbal sur cet envoi.

2° M. Ferdinand Martin, à propos de la communication de M. Debrou, adresse une note dans laquelle il consigne une observation d'arrachement de la main. Il s'agit d'un capitaine de navire qui, voyant sa main prise dans un engrenage, fit un effort sublime

et s'arracha la main. Il ne survint point d'hémorrhagie sérieuse; le blessé put faire un assez long trajet sans éprouver d'accidents notables.

**Tumeur de l'os maxillaire supérieur.**

M. le professeur Roux met sous les yeux de la Société un maxillaire gauche qu'il a enlevé depuis peu de jours sur une femme de la province, qui est venue à Paris, dans son service, pour se faire opérer. En présentant cette pièce, M. Roux rappelle qu'il y a quelques mois il a pratiqué plusieurs opérations du même genre, et cherche à différencier le cancer du maxillaire supérieur du fongus développé au centre de l'os aux dépens de la membrane muqueuse du sinus. Cette tumeur avait donné un volume considérable au maxillaire, aminci l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'os malaire; aussi ces os se laissèrent-ils couper avec grande facilité par la pince de Liston. M. Lebert a examiné ce fongus et n'a trouvé aucun élément cancéreux. La tumeur était donc réellement formée aux dépens des éléments de la membrane qui tapisse le sinus.

M. Gosselin. Le praticien est souvent embarrassé de déterminer le moment où il va faire une ablation du maxillaire supérieur, s'il a affaire à un ostéosarcome ou à un fongus. Je crois cependant qu'il est un signe d'une certaine valeur et qu'il importe de mentionner : je veux parler de l'ébranlement des dents; celles-ci sont toujours ébranlées promptement dans le cancer, tandis que cet ébranlement est rare et tardif dans les tumeurs fongueuses du sinus maxillaire.

M. Lenoir. Il y a un grand danger à généraliser un fait comme celui de M. Gosselin, car on observe assez souvent l'intégrité des dents et du voile du palais avec un cancer du maxillaire supérieur. Cela dépend surtout du siége. Ainsi que le cancer se développe dans la partie supérieure de l'os, et l'ébranlement des dents sera tardif. Le phénomène inverse aura lieu si le cancer débute dans le bord alvéolaire. J'ai eu récemment l'occasion d'opérer un malade d'un cancer du maxillaire supérieur sans ébranlement des dents. Deux récidives ont amené la mort du malade.

M. Gosselin. Je n'ai point voulu dire que tout cancer amène un ébranlement des dents : ma pensée est qu'une tumeur développée

au centre du maxillaire supérieur, qui envoie des ramifications dans diverses directions et qui n'ébranle pas les dents, est probablement une tumeur fongueuse. J'ai vu ce matin M. Michon enlever une tumeur présentant tous les caractères que j'indique, et cette tumeur était un enchondrome.

M. Marjolin trouve l'opinion de M. Gosselin trop absolue : les dents peuvent être ébranlées par des tumeurs de diverses natures développées au centre du maxillaire supérieur. Une tumeur strumeuse de cet os, qu'il a eu occasion d'observer, avait amené l'ébranlement des dents. Il suffit d'une inflammation communiquée à l'alvéole pour donner ce résultat.

### Nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale.

Les fistules vésico-vaginales décrites jusqu'à ce jour, dit M. Huguier, se rapportent à trois catégories : les vésico-utérines, les vésico-vaginales et les urétro-vaginales. J'ai actuellement dans mon service une femme qui présente une nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale. Cette femme, à la suite d'un accouchement par le siége, a éprouvé l'accident que nous venons de signaler. La vessie a été complétement détachée de la symphyse pubienne, de telle sorte que le doigt introduit dans le vagin sent la symphyse dans toute son étendue et trouve une portion du col vésical portée en haut et en arrière. La vessie est atrophiée et revenue sur elle-même ; je me demande quel traitement, autre que l'oblitération vaginale, peut être applicable à ce fait.

M. le professeur Lallemand, récemment nommé membre honoraire, prend la parole et dit qu'il est bien difficile de formuler un traitement à propos d'une maladie que l'on n'a pas vue. Il doute néanmoins que l'oblitération puisse réussir.

M. Vidal. La possibilité d'oblitérer le vagin est un fait actuellement acquis à la science. L'observation que j'ai fait connaître dans le temps, tout incomplète qu'elle est, démontre que la chose est possible. M. Maisonneuve nous a de plus montré ici un vagin oblitéré. Quant au danger de péritonite par le passage de l'utérus dans le péritoine, je n'ai rien vu de semblable. La femme que j'ai observée pouvait rendre ses urines et ses règles. Par conséquent la crainte de voir se former des calculs dans le cul-de-sac vaginal est aussi chimérique que la première.

**Paralysies traumatiques localisées.**

M. Debout lit un mémoire sur les paralysies traumatiques localisées et sur leur traitement par l'emploi de l'électricité.

Dans l'évolution du phénomène morbide qui constitue la paralysie, il est deux périodes, dit M. Debout, qui, au point de vue des indications curatives, doivent être nettement distinguées.

Dans la première période, la perte du mouvement volontaire est le symptôme d'une lésion des centres et des cordons nerveux; mais dans les cas où la paralysie survit à la cicatrisation de la lésion anatomique du système nerveux qui l'a provoquée, elle devient alors une maladie distincte, essentielle.

La paralysie, localisée alors dans la perte des propriétés vitales des muscles, réclame pour son traitement l'intervention de moyens curatifs spéciaux, en tête desquels doit figurer l'électricité.

L'existence de la paralysie comme maladie essentielle suppose toujours la guérison de la lésion qui l'a déterminée, c'est-à-dire le retour de l'organe lésé à des conditions anatomiques telles qu'il puisse remplir les fonctions qui lui sont dévolues. C'est pour mieux différencier cette seconde période de l'évolution morbide que M. Debout propose de la désigner sous le nom de *paralysie localisée*.

Les paralysies traumatiques reconnaissent trois sources principales :

1° La lésion des centres nerveux;

2° Celle des nerfs ;

3° Enfin celle du tissu musculaire.

M. Debout examine successivement les effets des violences extérieures sur chacun de ces systèmes, et indique celles des propriétés vitales lésées dans chacun de ces cas.

La contractilité volontaire n'est pas, en effet, toujours la seule atteinte ; l'irritabilité hallérienne et la contractilité tonique des muscles ou la tonicité du tissu de Bichat peuvent être affectées aussi. Les modifications que subissent ces propriétés pouvant fournir des données précieuses pour l'étude et le traitement de ces paralysies, M. Debout jette un coup d'œil sur les lésions de chacune d'entre elles dans les diverses paralysies traumatiques. Ainsi, il montre, par des faits observés dans les services de plusieurs des membres de la Société, que la contractilité est seule atteinte dans les cas où

le tissu cérébral est intéressé; tandis que, dans ceux où la violence extérieure altère la texture anatomique des cordons nerveux, l'irritabilité musculaire disparaît toujours, puis quelquefois la contractilité tonique. Enfin, sous l'influence de l'altération profonde du tissu des nerfs, la vie végétative des muscles est atteinte à son tour; les membres se refroidissent alors; souvent ils s'infiltrent, et toujours maigrissent et s'atrophient.

M. Debout apprécie ensuite les résultats que ces données pathologiques fournissent pour le diagnostic et le pronostic des paralysies traumatiques.

*Diagnostic.* — Dans les paralysies dues à une lésion cérébrale, les muscles conservent leur contractilité électrique intacte, tandis que, si la lésion d'un nerf mixte a été assez profonde pour atteindre toutes ses fibres, les muscles qui reçoivent des filets de ce nerf perdent toute leur contractilité et ne se contractent plus sous l'influence du courant électrique. M. Debout, à l'appui de cette proposition, cite l'observation de deux malades chez lesquels la paralysie du membre supérieur s'était manifestée subitement et pendant le sommeil. On pouvait rapporter la perte du mouvement, chez ces deux hommes, à une cause semblable : l'hémorrhagie cérébrale. Mais l'exploration de l'état de la contractilité des muscles paralysés présentait, dans ces deux cas, une différence tranchée. Tandis que l'un des malades avait perdu une plus ou moins grande partie de l'irritabilité des muscles paralysés, l'autre avait conservé intacte cette propriété musculaire. Ce dernier, traité dans le service de M. Bouillaud, était, pour la seconde fois, frappé par une attaque d'apoplexie; tandis que le premier, placé dans le service de M. Nélaton, était atteint d'une diathèse syphilitique ayant provoqué la formation d'une exostose qui comprimait à leur origine les nerfs qui forment les plexus cervical et brachial.

*Pronostic.* — Pour le traitement des paralysies de cause traumatique, le pronostic ne peut être porté sans la connaissance exacte de l'état électro-musculaire de chacun des muscles paralysés. Pour montrer la valeur de ce diagnostic local, M. Debout cite trois cas de paralysie observés dans le service de M. le professeur Roux, dans lesquels la paralysie du bras était aussi grave en apparence, et qui cependant différaient considérablement entre eux, et par

l'importance fonctionnelle des muscles atteints, et par la durée du traitement nécessaire à leur guérison.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a résumé dans la proposition suivante le pronostic de ces sortes de paralysies :

« La gravité d'une paralysie d'un nerf mixte est en raison directe » de l'affaiblissement de la contractilité électrique des muscles aux- » quels ce nerf conduit l'excitant nerveux. »

Outre les données fournies par le diagnostic local, la marche des phénomènes qui apparaissent pendant le traitement des paralysés n'est pas moins importante. Ainsi, des faits nombreux ont prouvé que le retour de la nutrition des muscles affectés dans leur irritabilité, et même l'exaltation de la sensibilité de la fibre musculaire pendant l'excitation électrique étaient les premières manifestations de la guérison.

La certitude de ces signes est d'autant plus précieuse que leur apparition successive vient soutenir l'espérance du malade et la confiance du praticien dans l'emploi des moyens thérapeutiques.

L'heure avancée force M. Debout à remettre la lecture de la fin de son travail à la prochaine séance.

**Arrachement du doigt indicateur.**

M. Larrey présente la pièce anatomique dont il a parlé dans la dernière séance, au sujet de l'arrachement des doigts chez les cavaliers. Ce fait date déjà d'une époque éloignée. Ici, c'est la phalangette de l'index de la main droite qui a été arrachée dans son articulation avec la phalangine. Cet appendice digital, plongé dans le liquide, offre au premier aspect l'apparence du pouce; mais examiné hors du vase, il est reconnu pour appartenir à l'extrémité de l'indicateur. La séparation s'est faite si nettement que la peau semble presque sectionnée par une incision circulaire. Le tendon de l'extenseur, rompu au niveau de la surface articulaire, a brisé la crête dorsale, tandis que le tendon du fléchisseur profond, resté adhérent à son insertion digitale et entraîné avec le bout de ce doigt, s'est rompu à grande distance vers le point de jonction des fibres musculaires, qui sont encore appréciables.

L'arrachement avait été produit dans les conditions déjà indiquées par M. Larrey, et n'avait été suivi d'aucun accident notable, comme on l'a remarqué dans des cas du même genre.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 9 juin 1852.*

**Présidence de M. Larrey.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

**Correspondance.**

M. Larrey. J'ai reçu de M. Charrière une lettre relative aux mains artificielles fabriquées par lui pour les deux artilleurs que j'ai présentés à l'une des dernières séances. Je ne lui avais d'ailleurs nullement attribué l'invention de ce moyen prothétique; et c'est à tort que M. F. Martin a paru croire à quelque prétention de la part de M. Charrière à cet égard, en exposant ce qu'il avait fait lui-même sur la prothèse des membres supérieurs.

Cette courte explication suffira sans doute pour empêcher toute réclamation nouvelle sur ce sujet devant la Société de chirurgie.

— M. Duchenne, de Boulogne, adresse une brochure ayant pour titre : *Recherches électro-physiologiques sur les mouvements des muscles de la main.* (M. Debout. Rapport verbal.)

**Présentation de malades.**

M. Guersant présente un enfant de dix-huit jours qui est venu au monde avec un bec-de-lièvre compliqué de la division de la voûte palatine. Après avoir pratiqué l'avivement et avoir affronté les deux bords de la plaie à l'aide de la suture entortillée, M. Guersant, pour assurer la réunion et prévenir tout accident, rapprocha les ailes du nez à l'aide d'une serre-fine. Celle-ci fut extraite au bout de quarante-huit heures. Les épingles seulement après trois jours. La réunion du bec-de-lièvre fut complète, et le résultat est très satisfaisant.

**Traitement de la paralysie par la galvanisation localisée.**

M. Debout continue la lecture de son travavail. Dans cette seconde partie notre collègue traite des paralysies traumatiques par lésion du tissu musculaire. La contusion, la compression, la distension des muscles, peuvent amener leur paralysie; c'est un fait in-

contestable. Quelle est la part à faire dans la production des phénomènes morbides à la lésion traumatique des troncs nerveux, et celle qu'on peut rapporter à la violence subie par le tissu musculaire? C'est un point que M. Debout discute dans chacun des cas particuliers. Pour preuve que la fibre musculaire est l'élément organique le plus affecté dans ces cas, M. Debout cite la conservation de la contractilité électrique, propriété qui disparaît dès que le tissu du nerf est lésé. M. Debout cite plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir. Enfin, allant chercher une nouvelle preuve dans les faits de paralysie par distension des fibres musculaires, et prenant l'exemple de la paralysie de la vessie dans laquelle le phénomène morbide se montre dans son plus grand état de simplicité, M. Debout croit pouvoir déduire de ces faits que la contractilité volontaire peut être anéantie par la lésion traumatique du tissu musculaire.

M. Lallemand. Je dirai, à l'appui de l'opinion de M. Debout sur les avantages de la galvanisation dans les paralysies de la vessie, suite de distension extrême, que j'ai été assez heureux pour guérir un malade qui avait une paralysie de vessie consécutive à un rétrécissement de l'urètre. Ce rétrécissement ayant cédé à la dilatation, la paralysie vésicale persistait, et elle ne fut vaincue que par la galvanisation.

J'ajouterai, de plus, que tout récemment j'ai été témoin d'une expérience faite par M. Bérard, qui démontre nettement que dans certaines circonstances le tissu musculaire peut conserver sa contractilité, bien que l'action nerveuse ne soit plus mise en jeu par la galvanisation : sur une grenouille tuée par le curare, l'application de l'électricité sur les filets nerveux ne donnait plus lieu à aucune contraction, tandis qu'elle en provoquait appliquée directement sur les muscles.

M. Robert. M. Debout vante beaucoup l'emploi de l'électricité comme agent curatif des lésions du système nerveux. Il le cite comme ayant guéri des paralysies résultant d'épanchement cérébral. Je lui demanderai comment il comprend que l'électricité agit dans ces cas. On sait en effet que, par suite d'une hémorrhagie cérébrale, un certain nombre de fibres nerveuses sont détruites. La guérison ne peut avoir lieu qu'autant qu'une réunion se produira dans les fibres nerveuses divisées ; mais lorsqu'un kyste succède à

ces épanchements, comment l'électricité agit-elle, et quand faut-il l'employer?

M. Debout. M. Robert n'a pas bien suivi la lecture de mon travail. Je ne me suis nullement occupé du côté clinique de la question pour discuter la paralysie comme phénomène pathologique. Répondre à notre collègue, ce serait dépasser les limites de la discussion. Nous y reviendrons prochainement en posant le traitement que réclament ces maladies.

M. Lebert. Je crois que la paralysie succédant à une hémorrhagie cérébrale peut disparaître quoique l'altération matérielle persiste. Le mémoire publié récemment par M. Durand-Fardel ne laisse aucun doute à cet égard. D'ailleurs il y a dans la manière dont guérissent certaines paralysies musculaires bien des phénomènes inexpliqués, et on est forcé d'admettre que dans l'irritabilité musculaire l'action nerveuse est loin d'être l'agent indispensable. Le cœur n'est-il pas en plein mouvement avant qu'on puisse attribuer son action à l'influence nerveuse? Pour conclure de l'influence de la galvanisation sur la curabilité des paralysies qui succèdent aux épanchements cérébraux, il faudrait réunir un grand nombre de faits de même ordre diversement traités, car chacun sait que souvent ces paralysies guérissent d'elles-mêmes.

### Sur la grossesse extra-utérine.

M. Danyau lit un rapport sur le mémoire de M. Laborie, à l'appui de sa candidature comme membre titulaire de la Société de chirurgie. Ce mémoire a pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois avec persistance de la vie de l'enfant.*

### Anatomie pathologique. — Tumeur du talon.

M. Huguier présente sur ce sujet la pièce intéressante qui suit :

Cette tumeur a une forme semi-lunaire qui embrasse dans sa concavité la face postérieure du calcanéum ; elle est limitée supérieurement au niveau du point où le tendon d'Achille se détache de l'os, inférieurement au niveau de l'insertion de l'aponévrose plantaire ; latéralement elle déborde en dedans et en dehors les faces interne et externe du calcanéum, mais elle laisse parfaitement intacts les tendons et les nerfs qui se rencontrent dans ces régions.

Elle fait à la partie postérieure du pied un relief assez sensible, et dans ce point elle avait déterminé à la peau une ulcération large à travers laquelle elle fait saillie ; la portion ainsi ulcérée est un peu mamelonnée, et a été pendant la vie le siége de plusieurs hémorrhagies. A la partie interne du talon, sur le côté de l'insertion du tendon d'Achille, se trouve une seconde saillie constituée par la tumeur qui a aminci la peau ; mais, dans ce dernier point, il n'existe pas encore d'ulcération.

Après dissection, sans être enkystée, cette tumeur nous a paru avoir des limites bien précises. L'aspect tout particulier qu'elle présente permet d'établir d'une manière très nette la ligne de distinction du tissu sain et du tissu morbide.

M. Houel. Cette pièce peut être rapprochée d'une autre à peu près analogue déposée dans le musée Dupuytren et observée dans le service de M. Velpeau. Il y a cependant une différence importante : c'est que, dans le cas de M. Velpeau, le produit morbide naît du calcanéum lui-même, tandis qu'ici le produit enveloppe le calcanéum. Je crois, ajoute M. Houel, que cette tumeur est purement fibreuse. Un examen ultérieur a démontré à notre collègue que telle était la nature de ce produit morbide.

**Arrachement de doigts.**

M. Nélaton présente deux pièces analogues à celles qui ont été présentées par M. Debrou. Ce sont deux pouces arrachés par des morsures de chevaux. Sur l'une de ces pièces, indépendamment du tendon qui a été arraché, on constate qu'un des nerfs collatéraux a subi le même sort. Ces deux pièces ont été adressées à M. Nélaton par des médecins de province. L'une a été recueillie par M. de Lignerolles. Les deux malades ont guéri sans accident.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie,* Demarquay.

## *Séance du* 16 *juin* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. le docteur Sestier fait hommage à la Société de son *Traité de*

*l'angine laryngée œdémateuse.* (M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.)

M. le docteur Notta, ex-interne des hôpitaux, médecin à Lisieux, adresse à la Société de chirurgie, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail accompagné de pièces anatomiques et ayant pour titre : *Mémoire sur la cicatrisation des artères et sur le procédé de ligature qui expose le moins aux hémorrhagies consécutives.* (Commission : MM. Nélaton, Houel, Demarquay, rapporteur.)

**Nomination.**

L'ordre du jour appelle la discussion relative au rapport de M. Danyau sur le mémoire de M. Laborie ayant pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans un cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois avec persistance de la vie de l'enfant.* Dans ce travail, M. Laborie avait proposé, en s'appuyant sur des raisons physiologiques, de faire la gastrotomie au septième mois. Afin de sauver la mère et l'enfant, M. Danyau, après avoir combattu dans son rapport l'opinion de M. Laborie par le raisonnement et l'exposition d'un certain nombre de faits, conclut que dans les grossesses abdominales bien constatées le chirurgien ne peut tenter une pareille opération qu'au terme même de la grossesse.

Après une courte discussion sur les idées nouvelles émises par M. Laborie, à laquelle MM. Lenoir, Robert, Forget et Danyau, rapporteur, prennent part, le travail de M. Laborie et le rapport de M. Danyau sont renvoyés au comité de publication, et M. Laborie est nommé membre titulaire de la Société.

**Rapports.**

M. Gosselin fait un rapport verbal sur la thèse de M. Beylard, ayant pour titre : *Du rachitisme, de la friabilité des os et de l'ostéomalacie.* Dans cette thèse, remarquable à plusieurs titres, ajoute M. Gosselin, l'auteur a surtout cherché à démontrer l'identité des trois maladies que nous venons de mentionner ; en cela, il a suivi l'exemple de son maître M. Trousseau. Cette thèse se compose de deux parties, du texte et des planches. Aucun sacrifice n'a coûté à M. Beylard pour arriver à la démonstration de son idée ; des recherches historiques nombreuses ont été faites ; les faits épars dans

la science ont été recueillis et groupés dans divers chapitres. L'étiologie de ces trois affections, considérées jusqu'à ce jour comme différentes, a été étudiée avec soin et l'auteur cherche à démontrer qu'une seule et même cause les produit, à savoir : le défaut d'hygiène, une nourriture mauvaise et insuffisante, la privation d'air, etc. L'anatomie pathologique du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la friabilité a été faite avec grand soin sur des pièces assez nombreuses. Le microscope a aussi été invoqué comme moyen confirmatif des idées de l'auteur. La conséquence clinique de l'identité que l'auteur cherche à établir entre les trois maladies que nous venons de signaler, c'est que l'ostéomalacie et la friabilité des os ne sont que le rachitisme des adultes ; ces deux affections doivent être traitées, comme le rachitisme des enfants, par l'huile de foie de morue.

M. Boinet. Je ferai observer que des influences autres que les influences hygiéniques peuvent produire l'ostéomalacie; j'ai vu à Saint-Louis, dans le service de M. Gerdy, un jeune homme affecté d'ostéomalacie, et qui s'était toujours trouvé dans de bonnes conditions hygiénique.

— M. Gosselin fait un autre rapport verbal sur la thèse de M. Hattier, interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *De l'arthrocace sénile.*

L'auteur de cette thèse, dit M. Gosselin, fait une description générale de l'arthrocace sénile ; il étudie l'altération des os, des cartilages et des synoviales, fait remarquer en passant l'analogie qu'il y a entre cette maladie et le ramollissement des os, et se demande s'il ne serait pas convenable d'appeler cette maladie le rachitisme des vieillards.

Après cette description générale de l'arthrocace sénile, M. Hattier fait l'histoire de chaque arthrocace en particulier. Une observation de l'auteur du travail que nous analysons, ajoute M. Gosselin, nous a frappé ; c'est celle-ci : Suivant lui, le point de départ de toute arthrocace sénile n'est point ou la synoviale, ou le cartilage, comme l'ont cru les personnes qui se sont occupées de la même maladie sous le nom d'arthrite sèche, mais l'extrémité des os ; il en cite pour preuve des pièces anatomiques sur lesquelles on pouvait étudier l'arthrocace sénile, et dont les cartilages et la synoviale étaient dans un état d'intégrité parfaite.

M. Morel-Lavallée a fait la même observation que M. Hat

il a vu, comme lui, des arthrocaces séniles tantôt avec altération des extrémités articulaires des os, d'autres fois sans altération de ces os; il a vu aussi assez souvent les surfaces cartilagineuses saines, les os étant malades. C'est donc une étude à poursuivre.

M. Lebert. J'ai vu un grand nombre de pièces osseuses qui démontrent que les extrémités osseuses des os affectés d'arthrocace sénile peuvent être atrophiées ou hypertrophiées; je n'admets pas l'analogie que l'on veut établir entre cette maladie et le rachitisme. Quant aux altérations que l'on a décrites dans ces derniers temps sous le nom d'arthrite sèche, M. Robert Smith avait déjà donné une description complète de ces altérations.

M. Demarquay. Je crois que la dénomination d'arthrite sèche par laquelle on désigne l'altération des os, des cartilages et des synoviales que l'on rencontre si souvent sur les articulations des vieillards, est une mauvaise dénomination qui préjuge de la nature des altérations; rien ne prouve, en effet, que, dans la plupart des cas, ces altérations soient le produit d'un travail inflammatoire.

J'ai fait depuis deux ans des autopsies d'individus dont les articulations étaient altérées dans les os, les cartilages et les synoviales. Plusieurs de ces articulations pouvaient être considérées comme des types d'arthrite sèche. Eh bien, chez ces mêmes sujets, j'ai trouvé des ossifications des artères, des altérations des veines; les valvules du cœur étaient ossifiées. Personne actuellement n'oserait dire que ces altérations vasculaires sont toujours le produit de l'inflammation. Et cependant les altérations des surfaces articulaires qui sont aussi liées à l'âge des individus, comme les altérations des artères, sont classées parmi les produits de l'inflammation. Pour ces raisons, j'approuve M. Hattier d'avoir conservé à ces altérations le nom d'arthrocace sénile; mot qui ne préjuge en rien leur nature, et ne leur assigne pas une fausse origine. J'aime mieux admettre qu'elle dépendait de causes générales qu'il faudra apprécier à l'avenir.

M. Lebert. Je crois aussi que la dénomination d'arthrite sèche est mauvaise, et que les altérations qui ont été décrites sous ce nom sont liées à une cause plus générale que l'inflammation.

M. Gosselin. Je n'admets pas l'opinion de MM. Morel et Hattier, qui tendrait à admettre que l'arthrocace sénile débutait toujours par les os. J'ai vu souvent à l'Ecole pratique des pièces pathologi-

ques affectées d'arthrocace sénile, avec altération des cartilages et des synoviales, les os étant intacts.

**Présentation de pièces. — Variétés d'hydrocèles.**

M. Demarquay présente deux testicules, sur lesquels on constate les altérations suivantes : sur l'un d'eux une hydrocèle du cordon, grosse comme un œuf de poule, est venue se placer entre la tête de l'épididyme et le testicule. Cette espèce d'hydrocèle a été bien étudiée par M. Gosselin. Sur l'autre testicule, voici ce que l'on constate : il s'est formé une accumulation de sérosité à la partie inférieure du testicule, entre la tunique séreuse testiculaire et la membrane albuginée. Tout d'abord, un examen superficiel de cette tumeur aurait fait croire à un kyste séreux testiculaire; mais l'examen du liquide fait au microscope par M. Gosselin et l'étude attentive de la pièce ont démontré qu'il ne s'agissait que d'une hydrocèle testiculaire ayant son siége entre la tunique séreuse et la tunique albuginée.

**Canal hépato-cystique.**

M. Gubler soumet à la Société une pièce d'anatomie propre à démontrer l'existence des conduits hépato-cystiques indiqués par un grand nombre d'auteurs anciens et bien décrits par Bianchi dans son *Historia hepatica.*

Vers le fond de la vésicule biliaire présentée par M. Gubler, on voit une dépression infundibuliforme, dans laquelle s'engage facilement un stylet de trousse. L'instrument se trouve bientôt arrêté par des cloisons transversales; mais il est évident que l'entonnoir, visible à la face interne de la vésicule, se prolonge au dehors en un véritable conduit, qu'on a pu suivre, en l'isolant, jusqu'à la substance du foie qui forme le fond de la fossette cystique. Ce conduit peut être insufflé à l'aide d'une canule de trocart explorateur, et M. Gubler répète l'expérience devant la Société. Avant que la pièce eût macéré dans l'alcool, l'air pénétrait jusqu'à la substance hépatique. Là le canal devenait très fin, et suivait avant de se perdre un trajet curviligne de 2 à 3 millimètres. Il est encore très petit dans une partie de son trajet à travers la couche celluleuse et la tunique dartoïde de la vésicule; mais, dans la première moitié de son étendue, à partir de son embouchure dans le réservoir biliaire, ce canal prend des dimensions assez considérables pour égaler le

volume d'une plume de corbeau. Lorsqu'il est distendu, il est bosselé à l'extérieur et semble parcouru intérieurement par des cloisons diversement inclinées par rapport à son axe, comme cela se voit dans le conduit cystique proprement dit.

Ce conduit hépato-cystique s'ouvre obliquement dans la vésicule, et son embouchure est pour ainsi dire ensablée de gravelle biliaire qu'on aperçoit au travers de la membrane muqueuse soulevée. Des concrétions identiques se retrouvent en d'autres points du fond de la vésicule, et M. Gubler est porté à croire que les cavités qui les renferment ne sont autre chose que les orifices de conduits hépato-cystiques d'un plus petit calibre.

— M. LE PRÉSIDENT avertit la Société qu'elle doit procéder dans la prochaine séance à l'élection annuelle des membres du bureau.

*Le secrétaire de la Société de Chirurgie*, DEMARQUAY.

## *Séance du* 22 *juin* 1852.

### Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

### Correspondance.

La Société a reçu un livre livre allemand ayant pour titre : *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde.* Jahrgang 1852. Prag. (M. Lebert est chargé de rendre compte de ce volume.)

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau. Sont nommés :

MM. Guersant, président;
Denonvilliers, vice-président;
Marjolin, secrétaire;
Laborie, vice-secrétaire;
Debout, trésorier.

Membres du comité de publication :

MM. Gosselin,
Cullerier,
Chassaignac.

**Développement de gaz dans les veines.**

M. Maisonneuve. L'année dernière j'ai appelé l'attention de la Société de chirurgie sur un fait grave : le développement spontané de gaz dans le système veineux d'un membre affecté de gangrène. J'ai eu occasion tout récemment de refaire la même observation sur un malade de mon service. Ce malheureux est entré à Cochin pour une fracture compliquée de l'avant-bras. La gangrène survint très rapidement; pour en arrêter la marche, je fis l'amputation du bras au-dessous de l'insertion deltoïdienne. A l'examen de la partie enlevée, il me fut facile de constater que des gaz sortaient par bulles du système veineux.

M. Roux. La communication de M. Maisonneuve est intéressante; mais il importe de savoir dans quelle condition la gangrène est survenue : le membre a-t-il été comprimé par un appareil mal fait et cette cause n'a-t-elle point déterminé le sphacèle, ce qui arrive assez souvent à la suite de fractures mal pansées? ou bien cette gangrène serait-elle survenue spontanément?

M. Gosselin. L'observation qui vient de nous être communiquée par M. Maisonneuve soulève une question médico-légale très intéressante. En effet, il importe de savoir si la gangrène, dans les cas de fracture, simple est toujours liée à un appareil trop serré, ou bien si elle dépend de la fracture elle-même; cette question m'avait été posée, il y a quelque temps, par un médecin de province à à propos d'un procès qui lui avait été intenté à la suite d'un accident de ce genre. Il m'a été impossible de formuler une réponse nette à cet égard, les matériaux manquant.

M. Maisonneuve. Dans les fractures compliquées de plaies contuses, on voit survenir la gangrène en dehors de toute compression; j'ai vu cet accident être la suite de fractures de jambe, rarement à la suite de fractures de l'avant-bras. Le malade qui est l'objet de cette communication avait une fracture compliquée de plaie avec issue de fragments et intégrité des artères. L'appareil avait été un peu serré par le médecin qui lui avait donné les premiers soins. Cet appareil fut remplacé par un autre moins serré, et, nonobstant, la gangrène était déclarée le lendemain.

M. Marjolin. J'admets complétement que la gangrène puisse survenir dans un membre affecté de fracture non compliquée. Les

fragments d'os déplacés peuvent amener la compression des parties voisines et d'autres désordres, susceptibles à leur tour de déterminer la gangrène. Ne voit-on pas, à la suite de ces fractures, des ecchymoses, des phlyctènes survenir ? Il y a en effet, alors, une compression de dedans au dehors qui, dans certains cas, peut amener le sphacèle du membre. Ce qu'il importe de faire dans ces circonstances, c'est de réduire la fracture et de mettre le membre dans une bonne position.

M. Roux. Je comprends et j'admets que la gangrène survienne à la suite de fractures graves, en dehors de toute compression ; mais, dans les fractures simples, il n'en est plus de même. Les appareils serrés et mouillés, dont plusieurs chirurgiens se servent dans ces cas, peuvent déterminer des accidents graves ; je pourrais en citer un bon nombre, parmi lesquels il en est un qui m'a vivement frappé : il s'agit d'un phlegmon violent de l'avant-bras déterminé par l'application d'un de ces appareils, et qui a amené le chirurgien à faire l'amputation du bras.

M. Larrey considère le fait communiqué par M. Maisonneuve comme offrant de l'intérêt non pas à un seul point de vue, mais sous plusieurs rapports.

Ainsi, pour ce qui est d'abord des fractures de l'avant-bras, eu égard à la complication de plaie, à l'attrition des parties molles, on conçoit très-bien que, sous l'influence aussi de certaines conditions plus ou moins appréciables, la gangrène puisse se déclarer d'emblée, sans l'intervention nécessaire d'une cause mécanique, telle que la compression produite par un appareil trop serré ; mais il est difficile d'admettre qu'une fracture simple de l'avant-bras puisse amener la mortification même partielle du membre sans qu'elle soit due à une compression trop forte, lorsque surtout on a négligé l'application d'un gantelet. Je crois, du reste, comme M. le professeur Roux, que la gangrène traumatique a plus de tendance à se déclarer dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. C'est l'inverse pour la gangrène dite spontanée ou sénile.

Un second point notable du fait précité, c'est la présence de gaz dans les veines et l'infiltration emphysémateuse des tissus ; d'où les chances d'une sorte d'infection miasmatique, plus redoutable dans cette forme de gangrène humide que dans la forme appelée gangrène sèche.

En troisième lieu, et comme conséquence, la nécessité de sacrifier le membre permettrait de discuter la question de savoir dans quelles conditions il convient d'amputer, soit avant, soit après la délimitation de la gangrène traumatique.

S'il s'agissait, enfin, de couper le bras très haut pour s'éloigner plus sûrement des limites de la mortification, il resterait à savoir, ajoute M. Larrey, s'il ne conviendrait pas mieux souvent, comme c'était, du reste, l'opinion de mon père, de pratiquer l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale, plutôt que de s'en rapprocher jusqu'au point de laisser un moignon trop court exposé à tous les accidents nerveux ou spasmodiques de ces sortes d'opérations.

M. Maisonneuve. J'ai en effet, au commencement de ma communication, dit la raison pour laquelle je préférais l'amputation du bras très haut à la désarticulation de ce dernier dans l'article, mais je n'ai point voulu soulever toutes les questions que vient de développer M. Larrey ; j'ai seulement voulu parler d'une gangrène que j'appellerai foudroyante, et qui a amené un développement de gaz dans le système veineux. Cet accident nécessite une prompte amputation si on ne veut pas voir succomber le malade. Je dirai, en terminant, que, après avoir éprouvé des accidents graves, mon malade est en bonne voie de guérison.

M. Morel-Lavallée. Je regrette que M. Maisonneuve n'ait point recueilli sous l'eau les gaz qui se sont développés dans les veines du membre dont il a fait l'amputation, de telle sorte qu'on eût pu en déterminer la nature.

M. Guersant. J'ai souvent eu occasion de voir la gangrène survenir à la suite d'appareil trop serré dans le cas de fracture simple ; or, dans ces cas, la lésion était bien limitée ; tandis que dans le fait de M. Maisonneuve elle est vague, diffuse. Je crois qu'au point de vue médico-légal cette observation a sa valeur.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie*, Demarquay.

## *Séance du 1er juillet 1852.*

### Présidence de M. Larrey.

#### Buste de Marjolin.

Mme Marjolin fait hommage à la Société de chirurgie du buste de M. le professeur Marjolin, exécuté par M. Dantan. — Des remerciments sont unanimement votés à Mme Marjolin et à sa famille.

#### Correspondance.

La Société a reçu :

1° Une lettre de M. Borelli, de Turin, dans laquelle il offre à la Société de lui adresser des travaux sur les injections iodées. — Cette proposition est acceptée;

2° Plusieurs brochures de M. Bowman, professeur de physiologie et chirurgien de King's college hospital, etc. :

1. *Observations sur les pupilles artificielles;*
2. *Nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora;*
3. *Cas remarquable d'hématocèle du cordon spermatique;*
4. *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXIV.

M. Giraldès est chargé de faire un rapport verbal.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

#### Gangrène dans les fractures.

A propos du procès-verbal, M. Robert revient sur la communication de M. Maisonneuve.

Il y a cinq ans, ajoute-t-il, j'ai eu occasion de donner des soins à une jeune fille qui, à la suite d'une fracture de la partie inférieure du radius, a été prise de gangrène de l'avant-bras fracturé; cette gangrène était accompagnée de développement de gaz. En trois jours elle était arrivée au niveau de l'insertion deltoïdienne. Pour arrêter le progrès du mal, je dus faire la désarticulation de l'épaule en un seul lambeau; en taillant celui-ci, il s'échappait des milliers de bulles de gaz des aréoles du tissu cellulaire. Nonobs-

tant la présence de ces gaz, la plaie, grâce à l'emploi de la glace, s'est réunie par première intention. Ce fait prouve donc que dans certains cas il est bon que le chirurgien ampute, comme l'avait dit Larrey, avant que la gangrène soit limitée.

M. Guersant. Je désirerais savoir dans quelles conditions la gangrène est survenue chez la jeune fille observée par M. Robert. A-t-elle été provoquée par l'application d'un appareil trop serré, ou bien est-elle due à la cause fracturante elle-même. Il importe, en effet, de chercher à déterminer la différence qui existe entre ces deux gangrènes.

M. Robert. La gangrène est survenue, dans le fait que j'ai eu occasion d'observer, comme elle survient quelquefois à la suite de fractures de membres, non pas parce que le membre a été étranglé par l'appareil, mais bien par l'obstacle que l'on apporte au développement qui doit s'accomplir dans les parties lésées. Sous l'influence de la fracture et de cet obstacle, il se développe dans la partie une inflammation spécifique avec formation de gaz.

M. Deguise termine cette discussion en rapportant deux observations d'écrasement d'un des membres supérieurs. Dans un cas il pratiqua la désarticulation de l'épaule, et son malade mourut; dans l'autre il fit l'amputation du bras très haut, et son malade a survécu. Cette communication prouve que l'on peut dans certaines circonstances pratiquer avec succès l'amputation du bras très haut.

### Kyste de la mâchoire inférieure.

M. Forget lit un mémoire qui a pour titre : *Etude clinique sur les kystes de la mâchoire inférieure.*

L'auteur recherche les signes différentiels propres à éclairer le diagnostic de ces tumeurs, à la distinguer l'une de l'autre, et pouvant empêcher de la confondre avec les diverses productions cancéreuses, et plus particulièrement avec l'ostéo-sarcome.

Il s'occupe d'établir, sur les données de l'anatomie pathologique, le point de départ du kyste osseux, la diversité des produits qui entrent dans leur composition, et l'absence de toute solidarité originelle entre eux et le canal dentaire.

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes :

1° Il existe trois variétés de kystes osseux : les kystes liquides, les kystes solides, les kystes à produits mixtes.

2° Des kystes liquides, les uns sont simples, comme le kyste alvéolo-dentaire; les autres composés, ce sont les kystes multiloculaires ou hydatiformes.

3° L'étude clinique du kyste et de l'ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure démontre que le diagnostic différentiel de ces deux maladies peut être fondé sur des signes qui ordinairement ne permettent guère de les confondre.

4° Si le diagnostic des kystes entre eux est obscur à leur début, leur développement ultérieur en fait assez sûrement reconnaître la nature.

5° Le kyste alvéolo-dentaire est borné à une partie restreinte de l'os; le corps fibreux enkysté affecte la même disposition; le kyste multiloculaire peut s'étendre à toute une moitié de l'os maxillaire.

6° Le kyste multiloculaire ou hydatiforme a pour point de départ les cellules du tissu spongieux. Il reconnaît pour double cause originelle une lésion vitale et une sécrétion morbide de la membrane médullaire, qui, modifiée ou altérée dans sa structure, constitue l'enveloppe intérieure du kyste.

7° Les produits enkystés de la mâchoire inférieure ne prennent pas naissance dans le canal dentaire, qui continue pendant longtemps à protéger efficacement le nerf et les vaisseaux qu'il contient.

8° Par suite de l'évolution du kyste, le canal dentaire peut être élargi, déplacé, usé et détruit en partie.

9° Les indications générales pour le traitement de ces tumeurs sont d'ouvrir le kyste, d'en faire écouler le liquide qu'il renferme, ou d'en extraire le solide qui y est inclus, puis d'enflammer sa cavité.

10° Les procédés chirurgicaux propres à remplir ces indications n'ont rien d'absolu; ils doivent varier suivant chaque cas. La règle à suivre ici est de subordonner sa conduite aux exigences de l'actualité pathologique.

M. Robert. D'après le travail de M. Forget, on pourrait croire que l'ablation des corps fibreux développés dans le maxillaire inférieur est chose facile. Je demanderai à notre confrère s'il a eu occasion d'enlever de ces produits morbides; quant à moi, j'ai dû renoncer à l'énucléation d'un de ces corps développé dans le maxil-

laire supérieur, et recourir à l'ablation de la portion de l'os sur laquelle s'était faite l'implantation.

M. Forget. Je pense, comme M. Robert, qu'il y a des cas où la résection de la portion d'os qui reste d'implantation au corps fibreux est le seul parti à prendre : c'est lorsque ce dernier se reproduit avec une persistance très grande après une première opération. Ce cas excepté, quelle que soit la fusion apparente entre le produit fibreux et le tissu osseux, je considère l'extirpation suivie de la rugination et de la cautérisation comme le procédé chirurgical à suivre, et je ne crois pas que l'on doive d'emblée faire subir à l'os une solution de continuité étendue.

M. Giraldès. M. Forget ne se fait point une idée nette des corps fibreux ; il les confond avec un certain nombre de produits morbides que l'anatomie pathologique cherche à différencier, tels que l'enchondrome, l'exostose cartilagineuse, etc. Il y a un principe fondamental dont il ne faut jamais s'écarter en anatomie normale et pathologique : c'est que, dans ces deux sciences, il faut procéder par démonstration et non pas par assertion. Que dit M. Forget ? que les kystes hydatiformes commencent par la membrane médullaire. Eh bien ! M. Gosselin a démontré que cette membrane n'existe pas dans les os. En un mot, le travail de M. Forget me paraît être un pas en arrière au point de vue de l'anatomie pathologique, et non pas un progrès.

M. Forget. M. Giraldès me fait un reproche, suivant moi, peu fondé. Je dirai tout d'abord que je n'ai point voulu reculer les limites de la science, mais attirer l'attention de la Société sur un point qui me paraît encore obscur ; j'ai cherché à démontrer que les kystes du maxillaire inférieur pouvaient être distingués du cancer. Je n'avais point à faire l'histoire de ce produit morbide, non plus que celle des autres altérations qui se rapprochent de celles-là. Je devais rester dans la question des kystes du maxillaire ; c'est sur ce terrain que M. Giraldès devait m'attaquer, et non pas sur le cancer et les autres tumeurs du maxillaire inférieur, qui ne m'occupent que très secondairement.

M. Gosselin. J'ai, en effet, démontré que la membrane médullaire des os, comme la décrivent les auteurs classiques, n'existe pas. Les os sont formés, comme l'a démontré M. Gerdy, d'une série

de canalicules au centre desquelles se trouve l'élément vasculaire de l'os ; ces vaisseaux viennent aboutir au canal médullaire, où, réunis à de la graisse, ils constituent la moelle des os. Or, quand un produit morbide se forme, ce n'est point aux dépens de la membrane médullaire, mais aux dépens des vaisseaux qui remplissent les canalicules osseuses ou qui tapissent l'intérieur des aréoles du tissu spongieux.

M. Forget. M. Gosselin nie la membrane médullaire à l'état physiologique ; mais il admet qu'à l'état pathologique les éléments vasculaires subissent une transformation membraneuse. L'explication que vient de donner M. Gosselin me satisfait pleinement, et je suis heureux qu'il ait bien voulu me la donner. Peu m'importe, en effet, que la membrane médullaire soit primitive ou consécutive ; l'important, c'est qu'elle existe dans des conditions données.

Le travail de M. Forget est renvoyé au comité de publication.

## PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

### Tumeurs multiples de la tête.

M. Denonvilliers attire l'attention de la Société sur le fait suivant :

Une femme âgée de cinquante ans environ est entrée dans son service pour se faire traiter d'un certain nombre de tumeurs qu'elle porte à la tête. Le cuir chevelu a pris la forme des circonvolutions cérébrales. Ces tumeurs, au nombre de douze, ont toutes le caractère de kystes. M. Denonvilliers, étant décidé à enlever les deux plus volumineuses tumeurs, constate que l'une d'elles est très dure d'un côté et molle de l'autre. Une pression légère exercée de ce côté donne lieu à une dépression facile qui permet de déplacer un corps étranger, et donne à l'observateur la même sensation qu'on éprouve quand on vient à déprimer la paroi utérine soulevée par le pied ou le coude d'un enfant. M. Denonvilliers, avant d'opérer, déclare que la tumeur qu'il va enlever est le siège d'un corps étranger de forme pyramidale et élastique. Sans se prononcer sur la nature de ce corps, il pense que probablement il est de nature cornée. L'opération faite, on constate que la poche renferme un

liquide en partie concrété et un corps de forme pyramidale, avec des ramifications stalactiformes. L'examen microscopique a démontré que ce corps était de nature épidermique.

*Le secrétaire de la Société de chirurgie,* DEMARQUAY.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

# BULLETIN

DE LA

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE PLON FRÈRES,
RUE DE VAUGIRARD, 36.

# BULLETIN

DE LA

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

# DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1852-1853.

---

TOME TROISIÈME.

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1853

# TABLE

## ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

## DES MATIÈRES.

### A

*Abcès* du cerveau. Présentation de pièce par M. Maisonneuve, 366.
— du foie: Observation par M. J. Mascarel, 409.
*Abrasion* de la cornée. Communication par M. Szokalski, 504.
*Amputation* du bras datant de dix ans et demi (saillie considérable de l'os après une). Présentation de malade par M. Denonvilliers, 420.
— tibio-tarsienne. Envoi d'une pièce d'anatomie pathlologique par M. J. Roux, de Toulon, 399. — Lettre, 491.
— sous-astragalienne pour une nécrose du calcanéum gauche, par M. Nélaton, 247.
— du pied par le procédé de Lisfranc. Présentation de malade par M. Chaissaignac, 58.
— du troisième orteil, par M. Chassaignac, 367.
*Anesthésie* oculaire. (Recherches sur l'), par M. Chassaignac, 37, 58.
*Anévrisme* traumatique de l'artère sous-clavière, guéri par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, par M. Bonnet, de Lyon, 608.
Aran, 486.
*Artères*. (Des maladies du système sanguin, particulièrement des); des principales ressources de la thérapeutique chirurgicale contre ces maladies. Lecture par M. Roux, 88, 122. — Discussion, 142, 147.
*Astragale*. (Sur les déplacements du calcanéum et du scaphoïde par rapport à l'). Lecture par M. Broca, 241.

### B

*Bec-de-lièvre*. (Nouveau procédé pour l'opération du), par M. Costes. Rapport par M. Follin, 222, 227. — Discussion.
Bérard (*Auguste*). (Éloge du professeur), par M. Denonvilliers, 159.
Boinet, 401.
Bonnafond, 606.
Bonnet, de Lyon, 608.
Broca, 241, 406, 437, 475.
*Brûlure*. (Lecture sur la) par M. Gerdy, 115.

## C

*Calculs* de la vessie. (Recherches sur les) et sur leur analyse micro-chimique, par M. Bigelow. Rapport par M. Broca, 437.

— (Présentation de), par M. Demarquay, 231 ; par M. Lenoir, 232.

*Carie* et nécrose du tibia; ablation du corps de cet os suivie de guérison. Rapport par M. Giraldès, 70.

Chassaignac, 10, 16, 37, 58, 60, 117, 241, 367, 390, 391, 397, 403, 412, 419, 427, 431, 436, 467, 469, 470, 502, 506, 511, 565, 616, 624, 626.

*Chirurgie militaire.* Rapport de M. Larrey sur le traité de sir Georges Ballingan, 78.

*Chloroforme.* (Rapport sur un cas de mort par le), communiqué à la Société de Chirurgie par M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, par M. Robert, 582. — Discussion, 619, 626. — (Voir la fin à la table du volume suivant.)

*Clinique* chirurgicale d'Erlangen, par le professeur Heyfelder. Rapport par M. Broca, 406.

*Coagulation* du sang (De la) par l'introduction du perchlorure de fer dans les vaisseaux artériels. Communication par M. le professeur Lallemand, 452.

— Cas de guérison d'une anévrisme sus-orbitaire par l'injection du perchlorure de fer, par M. Deslongchamps, 455 ; — Discussion ; — suite de l'observation, 519.

— Expériences tentées par M. Giraldès et M. Debout, 472, 485, 535 et 537.

— Lettre de M. Pravaz, 524. — Note sur la préparation du perchlorure considéré comme agent coagulateur, par M. Burin-Dubuisson, 532.

— De l'emploi du perchlorure dans le traitement topique des hémorrhagies, par M. Marjolin et M. Guersant, 535.

*Corps* étrangers dans l'articulation fémoro-tibiale droite. Présentation de malade, par M. Chassaignac, 419. — Suites d'une première opération, 427. — Fin de l'observation, 616.

Cusco, 287.

## D

Danyau, 45, 133, 154.

Debout, 95, 115, 218, 405, 472, 485, 535, 537, 539.

Demarquay, 19, 25, 76, 185, 231.

Deguise (Gustave), 213, 437, 619, 625.

Denonvilliers, 86, 159, 420.

*Dents.* (Des accidents de l'extraction des), par M. Duval, membre de l'Académie royale de Chirurgie. — Rapport par M. Larrey, 294.

*Dilatation* (De la) des conduits excréteurs dans les glandes salivaires, par M. Jarjavy; Rapport par M. Forget, 236. — Discussion.

— variqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis. Présentation de malade, par M. Huguier, 34. — Remarques sur la, 87.

— des vaisseaux lympathiques de la cuisse. Présentation de malade, par M. Demarquay, 76.

*Doigt* auriculaire gauche. (Arrachement du). Présentation de pièce, par M. Denonvilliers, 86.

*Doigts* (arrachement des). Présentation de malade, par M. Chassaignac, 469.
*Dystocie* causée par une inversion du vagin. Observation par M. Mavel, 130. — Rapport par M. Danyau, 133.

E

*Eclampsie.* (Observation d'). Analyse par M. Laborie, 569.
*Ectopies* congénitales des testicules et maladies de ces organes engagés dans l'aine, par M. Lecomte. Rapport par M. Debout, 95, 218. — Fait de médecine vétérinaire, 109.
Ehrmann, de Strasbourg, 494.
*Électricité.* De son emploi dans la pratique chirurgicale, 41.
*Éléphantiasis* du prépuce. Observations par M. le docteur Goyrand, d'Aix, 245.
*Entorse.* Son traitement par l'appareil ouaté. Rapport par M. Larrey, 278.
*Exostose* du maxillaire inférieur; ablation de la moitié gauche de la mâchoire; guérison. Considérations sur le manuel opératoire, par M. Huguier, 395.
— intéressant les trois derniers métatarsiens. Opération par M. Chassaignac, 617.

F

*Fistules* anales à orifice supérieur profond (du traitement des), par M. Gerdy, 542.
— intestinales traitées par les injections iodées. Observations communiquées par M. Chassaignac, 565.
Follin, 222, 227.
Forget, 236, 567, 571.
*Fracture* de la base du crâne (Observations de). Présentation des malades, par M. Marjolin, 483.
— de l'épine de l'omoplate considérée sous le point de vue médico-légal. Rapport par M. Robert, 106.
— (Observation de) de l'angle inférieur de l'omoplate, par M. Gensoul, 152.
— comminutive des deux avant-bras; sphacèle des parties profondes sans application d'appareil. Présentation de malade, par M. Marjolin, 482.
— longitudinale du radius gauche, avec fracture transversale du radius; luxation des deux os de l'avant-bras en avant, et par suite gangrène de la presque totalité du membre. Rapport par M. Houel, 551.—Discussion.
— de la colonne vertébrale. Observation par M. Huguier, 441.
— de la jambe gauche. Fracture de la cuisse. Réunion par un cal latéral. Présentation de malade, par M. Marjolin, 67.

G

Gensoul, de Lyon, 152.
Gerdy, 46, 115, 119, 394, 469, 542.
Giraldès, 25, 70, 112, 256, 422, 472, 534.
*Goîtres* estival épidémique et variqueux observés dans le département du Puy de-Dôme (note sur les), par M. Nivet. Rapport par M. Deguise fils, 437.
— Lettre de M. Nivet, 493.
Gosselin, 10.

GOYRAND, d'Aix, 245.
*Grossesse* réputée anormale terminée par un accouchement naturel. Observations par M. Huguier, 35, 59.
— extra-utérine simulant un kyste sanguin du petit bassin. Observation et pièce anatomique communiquée par M. Aran, médecin des hôpitaux, 486.
— Pièce anatomique présentée par M. Huguier, 514.
GUERSANT, 34, 45, 198, 394, 536, 616.

H

*Hernie* inguinale comprenant une partie de la vessie, 368. Présentation de la pièce pathologique, par M. Roux, 392.
— inguinale droite suivie d'un anus contre nature, par M. Sédillot, 211.
— (De la cure radicale des), par M. Costes. Rapport par M. Follin, 222.
HEYFELDER, 475.
HOUEL, 400, 551.
HUGUIER, 35, 59, 263, 395, 441, 514, 560, 618.
*Hydarthrose* de l'épaule. Présentation de malade, par M. Chassaignac, 616.
*Hygroma* du genou contenant un corps étranger. Présentation de malade, par M. Chassaignac, 624.
*Hydarthrose* du genou. Rapport par M. Gosselin, 10.
*Hydrocéphale*. Présentation de malade par M. Chassaignac, 397.

I

*Inflammation* (Suites de l'), localisée dans les tissus blancs. Présentation de malades par M. Gerdy, 469.
*Injections* alimentaires poussées directement dans l'intestin chez les malades affectés d'anus contre nature, par M. Voilemier. Rapport par M. Lenoir. 511, Discussion.
— nasales, soit alimentaires, soit médicamenteuses, chez les nouvea par M. Henriette. Rapport par M. Chassaignac, 506.
— continues (appareil à), de M. Foucault. Rapport par M. Boinet, 401.
*Instruments* nouveaux et modifiés, par M. Chassaignac, 60.

K

*Kystes* (des) qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire. Lecture par M. Giraldès, 256. — Discussion.
— Note sur une hydropisie du sinus maxillaire, par M. Verneuil, 261.
— canaliculé de la région antérieure du cou. Présentation du malade, par M. Larrey, 489, 503 et 607.
— de la mamelle. Peuvent-ils se compliquer de cancer ? Discussion 578.
— péri-ovarique. Discussion, 284.

L

LABORIE, 569.
LALLEMAND, 452.
LARREY, 1, 16, 78, 147, 183, 278, 294, 479, 481, 489, 494, 545.
LEBERT, 248, 251, 269, 271.
LENOIR, 232, 357, 413.

*Lèvre* (Développement anormal du frein de la) avec fissure médiane. Présentation de malade par M. Lionnet, 111.
— (Restauration de la), à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse. Présentation de malade, par M. Michon, 182.
— inférieure (Cancer de la), opéré par un procédé nouveau. Rapport par M. Lenoir, 357.
*Ligature* de l'artère carotide primitive droite à la suite d'une plaie par instrument tranchant. Observation par M. Michon, 49. — Autopsie du malade, 85.
— (oblitération partielle de l'artère crurale à la suite d'une). Pièce anatomique présentée par M. Verneuil, 43. Remarques par M. Gerdy, 46.
Lionnet, 111.
*Lipome* volumineux situé dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Présentation de pièce, par M. Forget, 567.
*Lupulin*. Ses bons effets dans les cas d'érections morbides, par M. Debout, 539.
*Luxation* du cristallin. Présentation de malade, par M. Larrey, 183.
— compliquées de fracture. Discussion, 186. Réclamation par M. Morel-Lavallée, 197.
— de l'humérus, avec arrachement de la grosse tubérosité. Conséquence de la position dans le traitement, par M. Maisonneuve, 194.
— de l'épaule, compliquée de fracture de l'humérus (réduction d'une). Présentation de malade, par M. Marjolin, 17.
— de l'humérus réduite au cinquante-sixième jour. Observation par M. Chassaignac, 117.
— médio-tarsienne. Lecture par M. Broca, 241.
— coxo-fémorales en haut et en avant. (Observations de). Rapport par M. Maisonneuve, 370. — Discussion, 387.
— incomplètes du tibia en avant (Recherches sur les). Rapport par M. Richet, 363. — Discussion, 367.
— congénitale des fémurs chez un saltimbanque. Présentation de malade, par M. Chassaignac, 391.

## M

Maisonneuve, 194, 366, 370, 387.
*Maladies* vénériennes (traité des), par M. Vidal. But que s'est proposé l'auteur, 293.
Marjolin, 17, 64, 67, 119, 410, 482, 483, 535.
Mascarel, 409.
*Maxillaire* supérieur (Ablation partielle du) pour un cancroïde. Présentation de malade, par M. Michon, 463.
— (Résection des deux), par M. Heyfelder. Rapport par M. Broca, 464.
— de l'os zygomatique et moitié droite de la mâchoire inférieure (résection du). Observation par M. Heyfelder, 475.
Michel, de Strasbourg, 428.
Michon, 27, 49, 85, 83, 182, 463.
Monod. 67, 547.
Morel-Lavallée, 45, 197.
*Musée* anatomique de la faculté de médecine de Strasbourg, par M. le professeur Ehrmann. Rapport par M. Giraldès, 422.

## N

NÉLATON, 247.
*Nez* artificiel. Présentation de malade, par M. Lenoir, 413.
*Nominations* de M. Foflin, 18; — M. Rigal, de Gaillac, 33; — M. Bérard, 70; — M. Burgraeve, 70; — M. Camescaste, 75. — Liste des quinze chirurgiens nommés associés étrangers, 77; — M. Richet, 159; — M. Chapel, 203; — M. Jarjavay 241; — M. Verneuil, 286; — M. Désormaux, 363; — M. Aubry, 392; — M. Erhmann, 426; — M. Heyfelder, 466; — M. Michaux, 565.

## O

*Opérations* pratiquées sur la face. (De la direction à donner aux incisions dans les), par M. Gerdy, 394.
*Orteils* (Sur les difformités des). Discussion, 289.
*Ostéo-myélite* (de l'). Communication par M. Chassaignac, 431.
*Otite* purulente interne (Observation d'), par Zandyck (de Dunkerque). Rapport par M. Richet 540.
*Ovariotomie*. (Observation d'extirpation de l'ovaire faite avec succès par M. Duffin, analyse de 108 cas d'), par M. Robert Lee, 42.

## P

*Pied* artificiel; nouvel appareil prothétique présenté par M. Larrey, 481.
*Plaie* d'arme à feu. De l'emploi des agents anesthésiques pour calmer des douleurs survenues à la suite d'une lésion du nerf sciatique, 62. — Présentation du malade, par M. Debout, 405.
— intéressant la face et l'intérieur de la cavité buccale. Présentation de malade, par M. Marjolin, 64.
— par arme à feu. Présentation de malade, par M. Bonnafond, 606.
*Polype* du rectum. Observations par M. Dufresse. Rapport par M. Forget, 571.
*Ponctions* exploratrices (de l'emploi des), aidées du microscope comme éléments de diagnostic, 444. — Discussion.
PRAVAZ, 524.
*Pupille* artificielle. (Indications et contre-indications dans l'opération de la). Rapport par M. Giraldès.
— pratiquée pendant l'anesthésie, par M. Morel-Lavallée, 45.
*Résection* des filets et cordons nerveux. Discussion, 285.

## R

*Rétine* et cristallin. Appareil destiné à leur exploration. Rapport par M. Chassaignac, 10.
RICHET, 363, 367, 540.
ROBERT, 106, 582.
ROUX, 88, 122, 368, 392.
ROUX (J.), de Toulon, 399, 491.
*Rupture* du cœur. Observation de M. Prescott-Hewet, communiquée par M. Giraldès, 534.
— de l'urètre. Voy. *Urètre*.

## S

*Sarcocèle* cancéreux. Présentation de pièce, par M. Vidal, 350.
SÉDILLOT, 211.

*Sonde* (Débris de), extraits de la vessie par M. Chassaignac, 390.
*Société*. Installation de son bureau pour l'année 1852-1853. Discours de M. Larrey, 1. — Installation de la Société rue de l'Abbaye. Discours de M. Danyau, 154.
*Spina-bifida* (cas de) chez un homme âgé de trente ans. Présentation du malade, par M. Monod, 547. — Discussion.
Szokalski, 504.

T

*Taille* périnéale pratiquée dans des circonstances insolites par M. Deguise fils, 213.
*Torticolis* postérieur. Difformité de l'épaule due à la déviation de l'omoplate par contracture des muscles rhomboïde et angulaire, par M. Debout, 115.
*Trachéotomie* dans un cas de laryngite striduleuse (observation de), par M. Chapel, 203. — Rapport par M. Guersant, 198.
— dans un cas de croup. Présentation du malade, par M. Combes, 390.
— dans un cas de compression par les ganglions bronchiques. Nouveau signe de diagnostic des engorgements ganglionaires du médiastin. Observation par M. Chassaignac, 467.
— pratiquée dans un cas de croup. Présentation de malade, par M. Chassaignac, 470.
— (nouvel appareil pour aspirer le sang, les mucosités et les fausses membranes contenues dans la trachée et les bronches après la), par M. Chassaignac, 403.
*Tumeurs* (du microscope comme moyen de diagnostic des), 232.
— du bord supérieur de la mâchoire inférieure chez un enfant. Présentation de malade, par M. Guersant, 536. — Fin de l'observation, 616.
— du sinus maxillaire. Présentation de malade, par M. Monod. Discussion, 67.
— énorme située dans la région cervicale. Présentation de malade, par M. Huguier, 560. — Discussion.
— du sein. (Sur un symptôme négligé de certaines) : l'écoulement par le mamelon. Rapport par M. Michon, 83.
— siégeant à la grande lèvre gauche. Présentation de malade, par M. Guersant, 34. — Suite de l'observation, 45.
— prostatique énorme trouvée chez un enfant de huit ans. Présentation de pièce, par M. Guersant, 394. — Examen microscopique, 396.
— de la fosse iliaque causée par un calcul rénal. Rapport par M. Giraldès, 112.
— de la face palmaire de la main. Présentation de malade, par M. Chassaignac, 502.
— blanche du genou. Présentation de malade, par M. Marjolin, 119.
— anévrismales. (De la compression dans le traitement des), 39.
— érectile. Présentation de malade. par M. Demarquay. Discussion, 19, 25.
— érectiles. Leur traitement par la ligature à chaîne enchevillée. Rapport par M. Michon. Discussion, 27.
— érectile veineuse traitée par la vaccination, par M. Chassaignac, 436.
— pulsatile siégeant à la partie supérieure de l'humérus droit. Présentation du malade, par M. Demarquay, 185. Présentation de la pièce pathologique, 231. — Examen microscopique, 234.

*Tumeur* cancroïde de la lèvre inférieure suivie d'une opération autoplastique par glissement. (Ablation d'une), par M. Casco, 287.
— fibreuse maligne, située dans la région lombaire; excision; cautérisation; récidive; nouvelle opération; nouvelle récidive. Marasme; mort. Observation par M. Ehrmann, de Strasbourg, 494.
— gélatineuse ou colloïde de la mamelle. Présentation de pièce, par M. Larrey, 545.
— homologues et hétérologues. Conclusion du mémoire de M. Michel, de Strasbourg, 428.
— fibro-plastiques. (Des productions fibro-plastiques accidentelles et des). Lecture par M. Lebert, 248, 251, 269, 271. — Discussion, 298, 327. — Réclamation par M. Forget, 397.
— fibro-plastiques récidivées dans le même siége (ablation de). Présentation de malade, par M. Chassaignac, 16.
— — (Présentation de malade offrant un nouvel exemple de récidive après l'ablation d'une), par M. Larrey, 147.
— cancéreuse du sinus maxillaire. Présentation de malade, par M. Gerdy, 119.
— cancéreuse ayant envahi le sinus maxillaire, la fosse nasale et l'orbite gauches. Destruction complète du nerf sous-orbitaire avec persistance de la sensibilité. Observation par M. Gerdy, 394. — Examen de la pièce pathologique, par M. Honel, 400.
— cancéreuses enkystées de l'aisselle, par M. Marjolin, 410.
— cancéreuse du bulbe rachidien. Mort subite. Troubles fonctionnels particuliers. Présentation de pièce, par M. Chassaignac, 412.
— squirrheuse occupant la face interne du bras. Présentation de la malade, par M. Huguier, 618.
— cancéreuse de la cuisse. Présentation de pièce, par M. Larrey, 479.
— ostéo-sarcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit. Présentation de malade, par M. Huguier, 263.

## U

*Urètre* (rupture complète du canal de l'), rupture partielle des corps caverneux. Mort. Observation par M. Huguier, 514.
*Utérus* (disposition particulière du col de l') chez certaines femmes enceintes pour la première fois, par M. Huguier, 59.
— (observation de rupture de l'), par M. Mavel, d'Ambert, 45. — Rapport par M. Danyau, 50.

## V

Verneuil, 43, 261.
Vidal, de Cassis, 293, 356.

# BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

# CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE.

*Séance du 7 juillet* 1852.

**Présidence de M. Larrey.**

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, et avant d'installer les nouveaux membres du bureau, M. Larrey adresse le discours suivant à la Société :

Messieurs et chers collègues,

Lorsque vous avez bien voulu m'appeler par vos suffrages à l'honneur de présider la Société de chirurgie, vous avez peut-être trop présumé de ce que je pouvais faire, en me confiant une tâche parfois difficile ou délicate à remplir. J'avais acquis par moi-même trop peu de droits à tant de bienveillance de votre part, et je devais en être d'autant plus reconnaissant envers vous. Mais si en commençant cette tâche il ne m'a été permis de vous offrir que des promesses de zèle, puissé-je, en la terminant, vous prouver mes efforts et mériter votre approbation ; c'est ce que je désire au moment de céder le fauteuil à mon honorable successeur (1).

Fidèle à suivre l'exemple de plusieurs d'entre vous, mes chers collègues, et en dernier lieu de celui qui est resté mon modèle (2), je vous dois compte de la mission que vous m'avez confiée.

(1) M. Guersant. — (2) M. Danyau.

Elle m'a paru facile, grâce à votre obligeant concours et à votre sympathique assistance.

La Société de chirurgie de Paris, en acquérant dans le monde médical une position qui atteste de plus en plus son importance, semble compter une origine ancienne, tant elle possède déjà une vie active et durable. Le projet de sa fondation remonte à dix ans à peine et ne s'est réalisé qu'au mois d'août 1843. L'honneur en appartient à plusieurs d'entre vous, messieurs; et, malgré les difficultés d'exécution, malgré les embarras de détail, malgré les sentiments d'indifférence, de prévention ou de jalousie, vous avez surmonté tous les obstacles à votre utile projet.

« La fusion des diverses sections de la médecine (comme il est » dit dans l'avant-propos de vos mémoires) avait en effet enlevé » aux chirurgiens la seule réunion spéciale créée depuis la sup- » pression de l'Académie de chirurgie; » et vous avez voulu instituer, non avec éclat, une académie nouvelle, mais avec réserve, une Société laborieuse vouée à l'étude et au perfectionnement de notre art. Il suffit aujourd'hui de juger votre Société par ses œuvres pour comprendre qu'elle n'avait pas, comme on a pu le supposer, la prétention étrange de renouveler l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie.

La *Société médicale des hôpitaux*, en s'organisant à l'instar de la Société de chirurgie, lui a donné elle-même un digne témoignage d'émulation, un généreux sentiment de confraternité qui les honore l'une et l'autre.

Votre Société, messieurs, a su acquérir des suffrages qui lui avaient manqué à son origine en attirant à elle la plupart des hommes considérables de la chirurgie, pour recevoir d'eux, avec l'appui de leur renommée, l'autorité de leur expérience. Bien peu encore restent éloignés d'ici et devraient cependant s'y trouver, puisqu'ils se rapprochent de nous par l'exemple de leurs honorables collègues de l'Institut, de l'Académie, de la Faculté; puisqu'ils se mêlent à nos travaux par la propagation de leurs idées, de leurs écrits et de leurs leçons. N'est-il pas permis d'espérer que la Société de chirurgie les rassemblera dans son sein?

Les noms seuls de ses fondateurs auraient suffi pour la constituer d'une manière durable; mais sans les citer, puisque je m'adresse à vous, mes chers collègues, je rappellerai du moins celui

auquel nous devons un souvenir à part. Ce nom, chacun de vous l'a prononcé : c'est celui d'Auguste Bérard, qui avait offert à la Société créée par vous les brillantes facultés de son intelligence chirurgicale. Il avait, le premier, présidé vos réunions, auxquelles il a su imprimer dès le début une direction si régulière qu'il n'a pour ainsi dire laissé d'autre tâche à ses successeurs qu'une ligne toute tracée à suivre.

Une voix intime et plus autorisée que la mienne vous fera entendre l'éloge de celui dont nous avons déploré la perte prématurée ; elle vous rappellera ce qu'il a fait ; et, dans l'analyse de ses travaux épars, elle vous dira que la réunion seule de ses thèses formerait un recueil plein d'intérêt, comme la réunion de ses articles ou mémoires de chirurgie composerait un autre recueil empreint des qualités de cet esprit pratique si judicieux. Cette voix sera celle du savant collègue (1) que Bérard avait choisi pour collaborateur du grand ouvrage à la tête duquel son nom restera désormais attaché.

Mais nos regrets, messieurs, attendent une légitime consolation : si Auguste Bérard n'est plus parmi nous, son illustre frère, ancien chirurgien des hôpitaux, élevé aujourd'hui à la plus haute dignité de la carrière médicale, a l'intention de vous demander le titre de membre honoraire. M. le professeur P. Bérard a bien voulu m'en parler plusieurs fois dans ce sens, et il ne me blâmera pas, je l'espère, de l'avoir désigné d'avance à votre acclamation.

Nous aurons eu déjà l'honneur, dans cette seule année, d'inscrire sur la même liste les noms de MM. les professeurs Roux, Lallemand, J. Cloquet et Gerdy, c'est-à-dire ce que l'expérience, le savoir, le talent et le caractère peuvent compter aujourd'hui de plus recommandable parmi les hommes éminents de la chirurgie française.

Et cette liste, qui se remplira encore de noms célèbres, n'oublions pas, messieurs, qu'elle s'est ouverte par un nom vénéré de tous, resté seul inscrit pendant longtemps, il faut bien le dire, comme un signe d'encouragement pour l'institution de la Société de chirurgie. J'aurais mauvaise grâce à répéter, même en peu de

---

(1) M. Denonvilliers.

mots, un éloge que l'un de vous (1) a su si bien faire, puisqu'il a laissé parler son cœur en racontant ses souvenirs et les nôtres. Le nom de Marjolin n'a plus besoin de louanges. Mais que ce buste placé désormais sous nos yeux, que cette œuvre due au talent et à l'amitié d'un artiste habile (2), que cette image offerte par la veuve respectable et par les dignes fils de notre ancien maître, que ce souvenir enfin, chers collègues, reste au milieu de nous comme un témoignage de nos sentiments, comme un symbole de nos travaux, comme un lien d'union entre nous tous.

« La Société de chirurgie, comme le disait déjà l'un de mes ho-
» norables prédécesseurs à cette présidence (3), est dans une voie de
» prospérité qui doit récompenser vos efforts et votre persévérance. »

Si nous avons vu avec peine se séparer de nos travaux actifs deux de nos collègues titulaires (4), empêchés d'assister régulièrement à nos séances, espérons, qu'à titre de membres honoraires, ils y reviendront souvent.

Ils trouveront, non pas à leurs places, mais à leurs côtés, les deux titulaires élus récemment : l'un (5), qui par sa position à la tête du Musée Dupuytren, est à même de rendre d'utiles services à la Société de chirurgie; l'autre (6), qui a déjà fait ses preuves envers elle dans des comptes-rendus de ses séances.

Joignez à ces nominations de l'année, celles des nouveaux correspondants nationaux dont les noms seuls disent tout le mérite : MM. Sédillot (de Strasbourg), Gensoul, Pravaz et Bonnet (de Lyon), Payan (d'Aix), Vial (de Saint-Etienne), Fleury, de la marine, sans qu'il soit permis d'y ajouter encore quelques-uns de ceux dont la candidature est désignée à vos suffrages.

Joignez, enfin, à vos associés étrangers les noms de MM. Sentin (de Bruxelles), Barkett (de Londres), Borelli (de Turin). Et si vous voulez faire plus (je n'ose dire si vous voulez faire mieux), par la simple modification d'un article du règlement, n'attendez pas que certaines illustrations de la chirurgie étrangère viennent à vous; allez au-devant d'elles en leur offrant un titre qu'elles ne croiraient pas devoir vous demander, mais qu'elles accepteront, soyez-en

---

(1) M Monod. — (2) M. Dantan jeune. — (3) M. Cullérier. — (4) MM. Ricord et Vidal (de Cassis). — (5) M. Houel. — (6) M. Laborie.

sûrs, avec reconnaissance. La Société de chirurgie de Paris ferait acte en cela de généreuse confraternité, et elle acquerrait au loin par ses relations scientifiques le rang qu'elle a gagné en France par ses propres œuvres.

N'oublions pas cependant qu'elle avait reçu à son origine et pour son installation le bienveillant appui du premier magistrat de la cité. M. le préfet de la Seine, en encourageant vos travaux de tout son pouvoir, avait mis à votre disposition l'une des salles de l'Hôtel-de-Ville, et c'est là que se sont passées les premières années de vos séances, jusqu'à ce que l'agitation révolutionnaire vous en ait écartés (1).

La modeste salle devenue le lieu de nos réunions nous obligera peut-être à chercher plus tard un local plus vaste et plus exclusivement à nous : mais sachons, en attendant, apprécier celui-ci. N'appartient-il pas à l'une des sociétés savantes les plus anciennes et les plus honorées, à la *Société philomathique*, d'où sont sortis les Cuvier, les Geoffroy Saint-Hilaire, les Blainville, les Jussieu, les Duméril et bien d'autres illustrations? C'est ici, chers collègues, au foyer de la science, que nous pouvons, chaque semaine, nous reposer des soucis du dehors et des labeurs de notre profession pour retrouver entre nous cette franchise de rapports, cette communauté d'intérêts qui doivent nous unir en nous rapprochant davantage.

Vous parler maintenant de vos travaux, ce serait emprunter aux séances elles-mêmes tout ce qu'elles vous ont libéralement donné; il ne m'est pas permis de le faire complétement.

Il me suffira de vous rappeler d'abord que les procès-verbaux des premières années sont restés inédits, et qu'ils contiennent en deux grands registres une collection de matériaux utiles à publier plus tard ; vous ne voudrez pas en laisser le soin à d'autres, en songeant que, si nous y sommes tous intéressés, il appartient plus encore aux membres fondateurs de la Société de se préoccuper d'une publication à laquelle se rattachera si souvent le nom de chacun d'eux.

Il me suffira également de rappeler à votre souvenir que les *Ar-*

---

(1) La Société de chirurgie a depuis longtemps rendu à M. le comte de Rambuteau un hommage de gratitude, que je suis personnellement heureux de lui adresser encore dans la retraite où il vit aujourd'hui.

*chives générales de médecine* ont donné place à vos premiers écrits, jusqu'à ce que l'existence de la Société ait été assez bien constituée pour faire vivre elle-même le produit de ses œuvres.

De là est issue l'impression de vos mémoires, entreprise difficile au début, hasardeuse peut-être, si elle n'avait eu pour elle le mémorable modèle des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, la valeur des travaux destinés à paraître, le zèle intelligent et dévoué de l'éditeur (1), la surveillance aussi active qu'éclairée de votre comité de publication, la part commune enfin que vous avez prise à cet ouvrage pour lui assurer un mérite réel de typographie et une incontestable valeur scientifique. Une simple indication des mémoires contenus dans les deux premiers volumes n'en donnerait point l'idée, et une analyse sérieuse serait trop longue ici ; elle trouvera sa place ailleurs plus à propos. Ajoutons seulement que le troisième volume est commencé et que, d'après son premier fascicule, il s'annonce sous d'aussi favorables auspices.

A la publication annuelle de vos mémoires vous avez joint la publication hebdomadaire de vos bulletins ou procès-verbaux des séances, dont la rédaction exacte et bien faite est une des conditions essentielles à la vie des sociétés savantes.

Le deuxième volume de ces bulletins va paraître; il abonde, comme le premier, en faits variés, intéressants, et promet à la science un vaste répertoire de matériaux destinés peut-être à l'édification de quelque grand ouvrage sur la chirurgie.

Les bulletins insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* y trouvent, chaque semaine, une large place que leur réserve soigneusement M. le rédacteur en chef.

L'*Union médicale*, de son côté, a donné depuis longtemps, sous forme de comptes-rendus, une appréciation spéciale des séances de la Société de chirurgie.

L'un de nos honorables collègues, dans la direction du *Bulletin de thérapeutique*, contribue aussi à faire connaître quelques-unes de vos communications les plus intéressantes. C'est ce que veut bien faire enfin quelquefois, dans la *Revue médico-chirurgicale*, l'élo-

---

(1) M. Victor Masson.

quent professeur (1) dont le nom est inscrit parmi les anciens membres de la Société, à côté d'un autre (2) que nous ne voudrions pas voir non plus s'effacer parmi nous.

Tant de moyens de publicité, messieurs et chers collègues, assurent à vos travaux une valeur de plus. Mémoires originaux, observations cliniques, communications diverses, rapports écrits ou verbaux, objets de correspondance, présentations de malades, démonstrations de pièces pathologiques ou d'instruments, discussions enfin sur chaque chose, vous avez su faire profiter tout à l'art et à la science.

La Société a reçu, cette année, des dons de livres assez nombreux ; il en est quelques-uns d'un grand prix, et plusieurs ont été donnés par vous-mêmes. Registres, inventaire, catalogue, toutes les pièces de vos archives sont tenues avec un soin dont nous devons remercier celui d'entre nous qui a bien voulu s'en charger (3).

Je vous proposerais encore, chers collègues, d'adresser des félicitations à notre intelligent secrétaire (4) pour la rédaction des procès-verbaux, à notre honorable trésorier (5) pour la gestion des comptes, aux laborieux membres du comité de publication (6), s'il n'y avait dans la pensée de chacun de nous une satisfaction plus grande que celle d'un compliment banal, la satisfaction d'un devoir accompli avec conscience.

Ce n'est pas seulement au sein de la Société que ses intérêts scientifiques ont été l'objet de votre sollicitude ; elle s'est étendue au dehors, et c'est surtout par l'entremise de l'un d'entre vous (7) qu'il nous a été possible de faire avec l'Angleterre de précieux échanges de nos publications. Nommer le *Royal medical and chirurgical Society de Londres* et le *Provincial medical and surgical Society ;* désigner les travaux du *Royal college of surgeons of England*, et ceux du service de santé des armées britanniques, c'est rattacher ces envois à des sociétés ou corporations d'une trop grande importance, pour ne point les rappeler à votre souvenir.

Nous avons l'espoir d'obtenir ainsi, à titre d'échange avec les

---

(1) M. Malgaigne. — (2) M. Laugier. — (3) M. R. Marjolin. — (4) M. Demarquay. — (5) M. Debout. — (6) MM. Cullerier, Chassaignac et Gosselin.— (7) M. Giraldès.

bulletins, les *comptes-rendus de l'Académie des sciences*. Vos mémoires lui ont été offerts par l'obligeant intermédiaire de M. le professeur Roux, qui a bien voulu en faire une analyse sommaire, en les déposant sur le bureau de l'Institut.

L'Académie de médecine, qui a reçu également vos mémoires, nous a envoyé le dernier volume des siens; son conseil d'administration pourra peut-être y faire joindre les *bulletins de l'Académie*.

Le conseil de santé des armées a obtenu de M. le ministre de la guerre, pour l'école du Val-de-Grâce, un abonnement à la double publication de vos travaux; de même que M. le ministre de la marine a ordonné que trois exemplaires fussent destinés aux bibliothèques des principales écoles de son département.

Le ministère de l'instruction publique, qui déjà plusieurs fois avait accordé à la Société de chirurgie un intérêt réel et des encouragements efficaces, s'est montré, cette année, non moins généreux envers elle, en lui attribuant une somme nouvelle à titre de subvention.

Lorsqu'elle sera reconnue par le pouvoir comme établissement d'utilité publique, et nous devons l'espérer, la Société de chirurgie de Paris, devenue forte et grande après une dizaine d'années d'une existence prospère, aura bien mérité de prendre rang officiel parmi les sociétés savantes de France, ne fût-ce que pour avoir le droit de recevoir les dons de la fortune, qui lui manque encore, comme elle peut s'enrichir des largesses de la science, qui ne lui manquera jamais.

J'ai encore, chers collègues, à vous rappeler un devoir dont le règlement nous fait d'ailleurs une obligation formelle; c'est que votre secrétaire vous présente, chaque année, un état général ou compte-rendu de vos travaux. Les matériaux abondent, et si, après avoir été rassemblés exactement dans les procès-verbaux, ils en étaient extraits pour former un tableau d'ensemble, sorte de revue rétrospective et méthodique, ce serait, et vous le pensez comme moi sans doute, un nouvel élément d'activité pour la Société de chirurgie. J'avais préparé moi-même cet état, et j'aurais pu le terminer pour vous en soumettre la lecture, si je n'avais craint d'outre-passer les attributions que vous avez bien voulu me confier. Nous aurions ainsi successivement passé en revue tous les faits intéressants communiqués ou discutés ici pendant cette ré-

cente période, et comprenant des questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, de médecine opératoire, d'obstétrique et surtout de clinique externe. Mais ce relevé général sera mieux et plus complétement fait par notre zélé secrétaire, s'il veut attendre que la Société soit parvenue au terme de la dixième année de son existence, pour résumer les travaux de cette décade entière.

Ce sera l'occasion, mes chers collègues, de remettre en vigueur l'un des articles essentiels du règlement, à savoir: la question du prix annuel à décerner, et l'impression ensuite du mémoire qui l'aura obtenu.

Ce sera de même l'occasion d'instituer dignement la séance publique, soit en la reportant, si vous le jugez bon, au premier mercredi de l'année, soit en la fixant au jour anniversaire de votre installation. La Société en décidera ultérieurement.

Il ne me reste plus, messieurs et chers collègues, qu'à m'excuser auprès de vous de la longueur de ce discours. Je n'en ai pas mesuré l'étendue, parce que j'avais à vous parler de vous-mêmes, en vous parlant de ce qui est votre œuvre et votre bien; tandis que j'aurais eu peu de chose à vous dire s'il m'eût fallu vous parler de moi.

Vous me permettrez seulement, pour finir, d'exprimer un vœu qui est dans notre pensée à tous, et qui se trouve inscrit sur le frontispice de vos mémoires; c'est que tous nos efforts, toutes nos volontés s'unissent pour que la Société de chirurgie de Paris, « à » l'exemple de l'illustre Académie royale de chirurgie, puisse ho- » norer, faire respecter l'art, et prouver son amour pour la science » en la voulant pure et vraie.

» Puisse-t-elle ainsi justifier sa devise:

» *Vérité dans la science, moralité dans l'art!* »

Après la lecture de ce discours, qui a été accueilli de la manière la plus sympathique par la Société, M. Larrey invite les membres du bureau récemment élus à prendre leurs places.

— M. Guersant adresse quelques paroles de remercîments à la Société, et demande l'insertion du discours de M. Larrey dans les comptes-rendus de la Société.

— Sur la proposition de plusieurs membres, des remercîments sont votés pour les membres du bureau dont les fonctions expirent.

### Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, annonçant qu'une somme de 500 fr. est accordée à titre d'encouragement à la Société pour l'année 1852 ;

2° Une lettre de M. le docteur Chapel, chirurgien en chef des hôpitaux de Saint-Malo. Cette lettre est accompagnée d'une observation de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique. Une commission composée de MM. Larrey, Morel-Lavallée et Guersant est chargée de rendre compte de ce travail.

3° M. Ferdinand Martin adresse à la Société une observation d'altération pathologique des os du pied. MM. Denonvilliers, Gosselin et Houel seront chargés d'examiner la pièce et d'en rendre compte à la Société.

### Hydarthrose du genou.

M. Gosselin lit un rapport sur un cas remarquable d'hydarthrose du genou compliquée de lésions articulaires multiples et de la présence de corps étrangers intra-articulaires.

Après avoir fait ressortir tout ce que cette communication, communiquée par M. de Verneuil, offre d'intéressant, il insiste pour qu'elle soit renvoyée au comité de publication.

La proposition de M. Gosselin est adoptée.

### Appareil destiné à l'exploration de la rétine et du cristallin.

M. Chassaignac lit, au nom d'une commission composée de MM. Lenoir, Maisonneuve et Chassaignac, un rapport sur le travail présenté par M. Follin au sujet d'un appareil destiné à l'exploration de la rétine et du cristallin.

Après avoir insisté sur l'importance des moyens qui accroissent la puissance diagnostique du chirurgien, et sur l'utilité spéciale de ces moyens dans une classe d'affections aussi obscures que le groupe des amauroses et amblyopies rétiniennes, le rapporteur expose en quoi consiste l'appareil de M. Follin, quels sont les résultats obtenus par cet appareil, et ce qu'était l'état de la science sur cette question.

Voici les conclusions du rapport :

1° Les perfectionnements apportés par MM. Follin et Nachet à l'ingénieux et savant appareil du professeur Helmoltz permettent de rendre usuel dans la pratique un moyen précieux d'éclairer le fond de l'œil.

2° A l'aide de cet appareil, on distingue très nettement l'état de la vascularisation rétinienne.

3° Certaines opacités, et notamment celles qui dépendent d'un dépôt pigmentaire sur l'appareil cristallinien, peuvent être, sinon exclusivement perçues au moyen de l'instrument, du moins confirmées, quand on en a eu la perception moins distincte à l'œil nu.

4° On comprend que les varices, ecchymoses, cancers commençant de la rétine puissent être reconnus au moyen de cet instrument; mais jusqu'ici la commission de la Société de chirurgie n'en a constaté aucun exemple.

5° Il ressort des études faites par la commission, et conformément aux prévisions des auteurs de l'appareil, que, si les cristallins cataractés ont été déplacés par l'abaissement ou enlevés par l'extraction, l'appareil cesse d'éclairer le fond de l'œil.

Ainsi, d'après la commission, alors même qu'on réduirait l'utilité de l'instrument présenté par MM. Follin et Nachet aux seuls cas dans lesquels la commission a rigoureusement constaté son emploi efficace, il y aurait déjà un service réel rendu à la science par l'appropriation aux besoins de la pratique d'un moyen d'étude encore peu usité.

La commission, rappelant qu'indépendamment de ce titre, M. Follin a déjà publié des travaux dont elle donne l'énumération, et qui se recommandent par la précision des résultats et le talent d'observation qu'ils supposent, propose à la Société de chirurgie :

1° D'insérer le travail de M. Follin parmi les mémoires de la Société;

2° D'admettre M. Follin comme membre titulaire.

M. Robert pense que ce moyen n'a pas encore tous les avantages qu'on pourrait désirer pour élucider des questions difficiles de diagnostic dans les maladies de l'œil; peut-être même donnerait-il la préférence à la loupe comme moyen d'investigation, surtout dans les affections du cristallin. Sous ce rapport, il trouve préférable l'usage de la lumière seule, comme Sanson en avait donné l'exem-

ple. Bien plus, si on ne rectifiait pas par l'inspection simple l'examen que l'on a fait au moyen de l'instrument proposé par M. Follin, on risquerait de commettre des erreurs. Il y a, du reste, des affections de la rétine, comme le cancer, etc., qu'on peut voir sans le secours d'aucun instrument.

Il eût été important de connaître comment, à l'aide de ce nouveau moyen, on pouvait distinguer les affections qui sont propres à la rétine de celles qui sont propres à la choroïde? Il eût été bon de connaître également si, dans le glaucome, l'altération avait son siége dans la choroïde, comme l'a pensé M. Sichel, et si la teinte verdâtre qu'on observe a bien son siége dans cette membrane? Dans l'état actuel, il faudrait peut-être s'exprimer avec plus de réserve sur la valeur des signes fournis par ce nouveau moyen.

M. Chassaignac trouve l'objection de M. Robert fondée; malgré la transparence de la rétine, il est bien difficile, quant à présent, de dire que l'on peut préciser ce qui lui appartient en propre; cependant, dans l'état habituel, on peut voir que la rétine est assez généralement rouge, et on peut distinguer la forme de ses vaisseaux.

M. Giraldès dit que dans l'état normal la rétine est transparente comme du cristal de roche; du moment qu'on vient à dire qu'elle est pâle, c'est qu'elle est malade ou qu'il se produit un effet particulier par suite de l'emploi de l'instrument.

M. Chassaignac croit que la rétine est cendrée comme la substance nerveuse; mais, suivant certaines circonstances, ses vaisseaux deviennent plus ou moins apparents; il ne faut donc pas s'étonner si quelquefois elle semble pâle, tandis que d'autres fois elle est d'un rouge vif, et qu'on distingue tellement bien les vaisseaux qu'il serait facile de reconnaître une ecchymose.

M. Giraldès insiste de nouveau sur ce point, que la rétine est transparente; et à l'appui de cette opinion, il ajoute que, lorsqu'il existe une fausse membrane entre la rétine et la choroïde, on s'en aperçoit facilement.

M. Denonvilliers croit que M. Chassaignac s'est peut-être laissé trop facilement séduire par les vues de l'auteur; il aurait désiré trouver dans le rapport dans quelle étendue on voit la rétine, quelle est la forme du réseau vasculaire, la largeur, la forme des mailles, la grosseur des vaisseaux. Ces données seraient utiles pour

ceux qui voudraient se servir de l'instrument. Quant à lui, il a examiné des rétines avec M. Follin, et il a tout simplement vu deux ou trois vaisseaux qui se bifurquaient ; il serait très important de connaître si divers examens donnent toujours un même résultat. Quelles sont les conditions favorables pour bien examiner l'œil ? Quelle est la différence entre les taches du cristallin et les taches de la rétine ? Peut-on à l'aide de ce nouveau moyen examiner plusieurs des membranes de l'œil, ou simplement la rétine ?

M. Chassaignac aurait bien désiré aussi que toutes ces lacunes fussent comblées ; mais son rôle de rapporteur a dû se borner à constater si les faits énoncés par M. Follin étaient exacts. Pour cela, il a répété seul ou avec M. Follin toutes les expériences, et il a vu que les faits étaient tels qu'ils avaient été énoncés. Il ajoute seulement que ce moyen d'investigation, qui peut rendre de grands services, est encore dans son enfance. Ce n'est que plus tard, à mesure que l'on se trouvera en présence de certaines affections, que l'on pourra convenablement juger toute sa portée.

M. Gosselin a fait aussi quelques essais avec le nouvel appareil de M. Follin. Il comprend facilement pourquoi ce dernier a désigné la rétine comme étant le siége de cette injection qui lui donne l'aspect d'une tache d'un rouge vif. C'est qu'en examinant des individus qui s'y prêtent, on voit des vaisseaux qui ont une disposition analogue à celle de l'artère centrale de la rétine. Il ne pense pas que la rétine soit aussi transparente que le dit M. Giraldès. Il faut dire aussi que l'aspect de la rétine varie suivant les sujets lorsqu'ils sont dans un état de congestion, on ne voit qu'un fond rouge sans mailles ; chez quelques-uns où le fond n'est que rosé, on voit les mailles. Ce sont ces motifs qui ont porté M. Follin à penser que l'injection vasculaire qu'il voyait dépendait de la rétine et non de la choroïde. Du reste, bien que le travail de M. Follin ne soit pas encore complet, il faut regarder le moyen d'investigation qu'il propose comme un moyen précieux pour l'avenir dans l'étude de l'ophthalmologie. Rien en effet ne nous prouve que l'on connaisse bien aujourd'hui l'histoire de l'inflammation de la rétine. L'anatomie pathologique sur ce point est loin d'être faite ; on sait qu'il y a des troubles dans la vision ; mais est-ce simplement de la photophobie, ou existe-t-il un obstacle matériel dans le fond de l'œil ?

Il y a là un point de doute qui pourra plus tard être éclairci à l'aide de ce miroir, comme beaucoup d'autres lésions de la rétine ou de la choroïde. Il ajoute que, depuis que le premier travail de M. Follin a été soumis à la Société, ce dernier a fait de nouvelles recherches sur l'iritis, et voici ce qui a été observé dans deux cas où il n'y avait pas de photophobie, et où on expliquait la perte de la vision par un état congestif. On a trouvé un fond noir-ardoisé non vasculaire.

M. Giraldès demande à M. Gosselin pourquoi il n'admet pas que la rétine soit réellement transparente.

M. Gosselin dit qu'il l'a toujours trouvée grise sur les cadavres; qu'elle est loin d'avoir la même transparence que le cristallin.

M. Giraldès dit que la transparence ne peut être observée qu'immédiatement après la mort, et qu'il faut éviter de faire cette recherche dans un milieu humide, car elle diminue.

M. Gosselin répond qu'il se fonde sur ce qu'il a vu chez des animaux récemment abattus.

M. Robert dit que la rétine a bien de la transparence, mais pas à un degré aussi prononcé que M. Giraldès le dit.

M. Denonvilliers a vu trop de différences dans les yeux qu'il a observés, pour ne pas désirer qu'on établisse quel est l'état normal de la rétine.

M. Chassaignac reconnaît, comme divers membres de la Société, que le procédé de M. Follin laisse encore beaucoup de points en litige; mais il n'était pas du ressort de la commission de combler ces lacunes. Elle a dû se borner à rechercher : 1° si ce que M. Follin avait annoncé était exact; 2° si le nouveau moyen, appliqué à d'autres cas que ceux observés par l'auteur, pouvait être utile dans les recherches cliniques. C'est à ce travail qu'elle s'est livrée, et elle n'hésite pas à dire que, bien que ce moyen ingénieux soit encore dans son enfance, il promet d'heureux résultats. Il faut donc faire en sorte de le rendre d'un emploi plus général, pour que chacun puisse ensuite communiquer le résultat de ses recherches.

*Le secrétaire de la Société.*

## *Séance du* 14 *juillet* 1852.

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

PRÉSENTATIONS.

**Rupture probable d'un des corps caverneux de la verge.**

M. Boinet présente à la Société un malade qui, dans des efforts violents près d'une femme, paraît s'être rompu un des corps caverneux; il résulte de la cicatrice vicieuse que l'érection ne se fait plus d'une manière normale.

M. X..., qui a quarante-deux ans, est d'une forte constitution; il n'aurait eu dans sa vie d'autre indisposition que cinq ou six blennorrhagies et un chancre; ces affections remontent à dix ans; un traitement mercuriel a été suivi par le malade.

Il y a trois mois environ, il rencontra des obstacles insurmontables à l'accomplissement des rapports sexuels, et, dans un violent effort pour les vaincre, il ressentit une douleur assez vive dans le pénis; l'éjaculation eut lieu sans écoulement de sang; sur le moment, aucun autre accident n'arriva; mais le lendemain, il s'aperçut que la verge était plus volumineuse, qu'une partie du prépuce était gonflée, infiltrée de sang. L'écoulement de l'urine était normal; pas de douleur dans la verge. Ce ne fut que huit jours après, en urinant, qu'il sentit au côté droit de la verge, vers le milieu, une sorte d'induration; et, lorsqu'une quinzaine de jours après il voulut avoir des rapports sexuels, il reconnut, à son grand étonnement, qu'il ne pouvait y parvenir, parce que le pénis en érection était tordu d'une manière toute bizarre; il était presque coudé à angle droit sur la partie latérale droite. Un confrère, consulté à cette époque, conseilla l'usage de bougies en gomme élastique.

Depuis cette époque, l'érection, qui est très fréquente, présente toujours les mêmes phénomènes; elle est bornée au corps caverneux gauche et à la partie inférieure du corps caverneux droit. Lorsque le pénis n'est pas en érection, on sent vers la racine du corps caverneux droit une petite induration, allongée transversale-

ment, élastique, non douloureuse au toucher et assez bien limitée.

Au commencement de l'érection, le malade remarque que la verge éprouve d'abord une courbure en avant, puis ensuite une courbure latérale droite; il éprouve alors dans le corps caverneux gauche et à droite dans le point où existe la petite tumeur indurée des tiraillements assez prononcés.

Dans le moment de l'érection, l'induration se trouve placée à un centimètre environ au-dessous de la base du gland : c'est là que se fait la courbure du pénis. Le canal de l'urètre est parfaitement libre; la miction et l'éjaculation se font normalement.

Les phénomènes offerts par le malade sont-ils dus à la cicatrice du corps caverneux rompu, ou bien sont-ils le résultat d'une induration vénérienne des corps caverneux? Ce sont ces questions que M. Boinet soumet à la Société et qu'il serait important de résoudre dans l'intérêt du malade. Car il est évident que si cette induration du corps caverneux reconnaît pour cause la rupture du pénis, le malade devra ne rien faire, s'abstenir de tout traitement et vivre avec son infirmité. Dans le cas, au contraire, où cette induration serait syphilitique, il y aurait indication de soumettre le malade à un traitement spécifique. Ce qui fait pencher M. Boinet pour cette dernière opinion, c'est que le malade avoue avoir eu un chancre et cinq ou six écoulements; néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que l'accident s'est produit brusquement il y a trois mois. Y aurait-il eu là prédisposition syphilitique mise en évidence par un accident? C'est encore une question; du reste, en supposant même une erreur dans la cause, il n'y a aucun inconvénient à soumettre de nouveau le malade à un traitement régulier.

D'après les recherches faites par M. Boinet dans les auteurs qui ont parlé de l'induration des corps caverneux, ils sont généralement disposés à regarder cette affection comme étant de nature syphilitique.

**Ablations de tumeurs fibro-plastiques récidivées dans le même siége.**

M. Chassaignac présente à la Société un malade qui doit subir pour la cinquième fois l'ablation de tumeurs fibro-plastiques récidivées dans le même siége, à la région sous-claviculaire gauche. Cet homme, qui, malgré tant de récidives et d'opérations, paraît

jouir aujourd'hui encore d'une constitution excellente, doit être soumis cette fois à l'application d'un procédé autoplastique ayant pour objet de recouvrir la perte de substance résultant de l'ablation par un lambeau emprunté aux parties voisines. Voici la date des opérations déjà pratiquées : en septembre 1849, en décembre 1850, en juillet 1851, en janvier 1852; enfin, la récidive actuelle date des premiers jours de juin 1852. Il y a donc eu entre la première opération et la seconde quatorze mois d'intervalle, puis entre les trois autres opérations des intervalles de six mois seulement.

**Réduction d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus.**

M. Marjolin présente un malade chez lequel il a eu occasion de réduire une luxation de l'épaule datant de plusieurs jours et compliquée de fracture de la partie supérieure de l'humérus.

Ce malade, qui est âgé de trente-sept ans, est sujet à des étourdissements; dans le courant du mois de mars, étant à travailler aux champs, il fut pris subitement d'un vertige et tomba : lorsqu'il reprit ses sens, il sentit une vive douleur dans l'épaule droite et s'aperçut que son bras était gêné dans ses mouvements; il y avait impossibilité de porter la main à la tête et de rapprocher le coude du corps.

Cet homme, dont l'intelligence est assez bornée, nous dit qu'il avait consulté plusieurs médecins des environs d'Amiens, mais qu'aucun n'avait pu le soulager; voyant que la douleur augmentait et que son bras enflait, il se décida à venir à Paris. Lorsqu'il entra à l'hôpital, l'interne de garde reconnut une luxation sous-coracoïdienne et fit quelques tentatives de réduction sans pouvoir y parvenir.

Le lendemain, lorsque M. Marjolin le vit à sa visite, l'épaule était douloureuse, tuméfiée; il n'était pas possible de méconnaître l'existence d'une luxation; mais comme le malade était très fatigué, il se contenta de prescrire un bain et des applications émollientes; ce ne fut qu'au bout de trois jours qu'il procéda à la réduction; il y avait alors huit jours que l'accident était arrivé. Ce fut l'ancien procédé qui fut mis en usage : dans une première tentative, la réduction ne fut pas opérée, mais la tête de l'humérus fut déplacée, de telle sorte que la luxation fut convertie en luxation directe en

bas. A la seconde tentative, on entendit distinctement le bruit de la tête rentrant dans la cavité glénoïde; en effet, la tête de l'humérus occupait sa place habituelle; mais voici ce qui eut lieu : malgré la réduction, le malade ne pouvait pas bien se servir de son bras; les mouvements d'élévation étaient à peine possibles, et de plus le deltoïde était tellement aplati que quelques personnes crurent que la luxation n'était pas réduite; on pouvait cependant se convaincre du contraire : 1° parce que la tête de l'humérus n'était plus dans le creux de l'aisselle; 2° parce qu'elle occupait bien sa place normale et qu'on pouvait lui imprimer des mouvements de rotation. Mais, en même temps qu'on imprimait divers mouvements à l'humérus, on percevait une crépitation parfois sensible à l'ouïe; cette crépitation n'était pas celle qu'on observe dans les inflammations articulaires : c'était une crépitation causée par des fragments osseux. Il y avait donc une fracture : quelle était cette fracture? La tête de l'humérus avait-elle été séparée en totalité du corps de l'os? M. Marjolin ne le crut point; son avis fut qu'il y avait un écrasement d'une portion de la tête de l'humérus et que cet écrasement pouvait s'étendre au rebord de la cavité glénoïde. M. Chassaignac, qui examina le malade plusieurs jours après, pensa qu'il y avait une fracture longitudinale de la partie supérieure de l'humérus.

Aujourd'hui, il y a ankylose de l'articulation scapulo-humérale; et, bien que la luxation soit réduite, l'articulation scapulo-humérale n'a pas sa forme habituelle, ce qui pourrait faire croire que la luxation n'est pas complétement réduite. M. Marjolin insiste sur l'analogie qui existe entre certaines lésions de l'articulation de l'épaule et quelques-unes de l'articulation coxo-fémorale; dans ces cas, il est souvent fort difficile de bien établir le diagnostic.

**Nomination.**

L'ordre du jour appelle ensuite le vote sur les conclusions de la commission chargée d'examiner le travail de M. Follin.

Ces conclusions sont :

1° Le renvoi du travail de M. Follin au comité de publication;

2° L'admission de M. Follin comme membre titulaire,

Ces deux conclusions ayant été adoptées, M. Follin est nommé membre titulaire.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Chassaignac est renvoyé au comité de publication.

**Tumeur érectile.**

M. Demarquay communique l'observation de la jeune fille affectée de tumeur érectile qu'il avait présentée dans la séance précédente.

La jeune fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution. Elle est née avec une petite tache lie-de-vin située à la partie moyenne de la région frontale. Cette tache est restée stationnaire jusqu'à l'âge de douze à treize ans. A cette époque elle fit des progrès, devint le siége de battements et acquit le volume d'un petit œuf; elle n'a jamais été, du reste, le siége d'aucun accident. La tumeur qui occupe la partie moyenne du front est un peu plus développée du côté droit, elle a envahi la partie interne de la paupière supérieure droite, le grand angle du même côté et un peu de la paupière inférieure gauche; elle semble se terminer au niveau de l'arcade sourcilière. Son étendue en hauteur est celle de la région frontale; dans ce sens, elle a environ 8 centimètres de hauteur; son diamètre transversal a dans son maximum d'étendue, c'est-à-dire au niveau de la région sourcilière, 5 centimètres. La saillie qu'elle forme au-devant du front est assez notable. La peau qui la recouvre, et qui forme un des éléments constituants, est d'un rouge violacé, présentant çà et là de petites saillies. A sa partie supérieure on remarque une cicatrice d'un pouce d'étendue; cette cicatrice est le résultat de la compression qu'un chirurgien avait exercée dans le but d'obtenir l'atrophie de la tumeur.

Dans toute l'étendue de la tumeur il existe des battements très appréciables au toucher. Lorsque la malade a marché, qu'elle a un peu chaud, ou même pendant le repos, si on applique légèrement la main ou la pulpe du doigt, on éprouve la sensation d'un léger susurrus. En appliquant l'oreille sur le front, on entend un bruit de souffle très marqué dans toute l'étendue de la tumeur, ainsi que les battements. La compression de la carotide gauche diminue l'intensité du souffle, mais ne le fait point cesser; ce qui a toujours lieu par la compression de la carotide droite. Si on comprime simultanément les deux carotides, la tumeur s'affaisse légèrement. Les artères temporales et sus-orbitaires sont plus dévelop-

pées à droite qu'à gauche. En appliquant un thermomètre sur la tumeur, j'ai trouvé ce matin un degré de plus que sur les parties voisines.

Cette tumeur érectile a son siége dans la peau de la région frontale et dans les paupières du côté droit ; elle ne paraît pas pénétrer dans l'orbite du côté droit, ni affecter en rien l'os frontal ; car, lorsque par la pression on affaisse la tumeur, on sent que le frontal est intact.

Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur érectile composée d'éléments artériels et veineux. L'existence de battements accompagnés d'un bruit de souffle et la dilatation des artères voisines ne laissent aucun doute sur l'existence d'une circulation artérielle. D'autre part, sa teinte bleuâtre, sa mollesse font penser que l'élément veineux entre aussi pour une bonne part dans sa composition. C'est donc à une tumeur érectile mixte que nous avons affaire. Jusqu'à ce jour elle a marché assez lentement et n'a donné lieu à aucun accident. Dans ces circonstances, je demande à la Société quelle conduite il faut tenir ? Faut-il agir, faut-il attendre ? Dans le cas où l'art interviendrait, quelle est l'opération qu'il faut pratiquer ?

Parmi les nombreux procédés qui ont été imaginés pour obtenir la cure radicale ou palliative, il en est un certain nombre qui me paraissent devoir être rejetés dans cette circonstance, ce sont les cautérisations et l'ablation.

Je ne crois pas qu'un chirurgien prudent puisse recourir à ces deux moyens. Peut-être pourrait-on cautériser avec des aiguilles de platine rougies, comme le fait M. Guersant à l'hôpital des Enfants ; mais c'est encore un doute. Quant à l'ablation suivie de la cautérisation, on s'exposerait à de graves hémorrhagies, et on aurait une cicatrice considérable en admettant qu'on réussît.

Il ne faut pas non plus penser à l'usage des styptiques et de la compression ; ces moyens sont tout à fait insuffisants. Il en serait de même du broiement, du séton ou de la ligature des vaisseaux, dont la compression diminue à peine la tumeur. Si une opération doit être faite, il faut qu'elle soit faite dans le double but d'amener l'atrophie de la tumeur et de prévenir l'hémorrhagie ; il me semble donc qu'un procédé de ligature analogue à celui imaginé par A. Bérard pourrait rendre quelque service. J'insisterais d'autant plus sur ce moyen que, récemment, au sein de la Société, un chirurgien

distingué, M. Rigal, est venu vanter l'emploi de la ligature, appuyant son opinion sur une série de faits assez nombreux.

Le procédé que je conseillerais n'est qu'une modification de la suture de Gelis ; seulement il faudrait, en coupant les parties latérales de la tumeur avec des fils, ménager un pédicule au lambeau de peau qui recouvre la tumeur.

M. Lebert dit que, bien qu'il n'ait pas bien présent à la mémoire quelle a été l'issue de tous les cas de ce genre dans lesquels on a employé la galvanopuncture, ce serait peut-être le cas de la mettre en usage, en suivant les nouveaux procédés indiqués par M. le professeur Schü, de Vienne.

M. Boinet partage l'avis de M. Lebert ; il pense qu'il faudrait y recourir avant d'employer la ligature en bourse.

M. Demarquay ne croit pas que la galvanopuncture réussisse dans cette circonstance ; suivant lui, la coagulation du sang n'est point le résultat de l'électricité, mais bien de l'inflammation déterminée par la présence des aiguilles. Lorsqu'on emploie ce moyen, il se produit deux résultats bien différents : si on agit faiblement, l'effet est nul ; si, au contraire, on agit d'une manière énergique, on détermine la gangrène.

M. Debout dit qu'on peut toujours mesurer la force du courant initial, et que c'est au commencement, lorsque la pile agit avec son maximum d'énergie, qu'il faut appliquer le courant ; plus tard, lorsque la force du courant a diminué, comme son action est nulle, il ne faut plus s'en servir. Il ajoute que, quant à ce qui est des accidents traumatiques secondaires, loin de les redouter, il faut chercher à en bénéficier.

De plus, dans le moyen dont parle M. Lebert, il faut multiplier le nombre des aiguilles afin de multiplier les centres de coagulation : il se passe là un phénomène analogue à celui de la congélation.

Si maintenant on vient à mettre les deux pôles en contact et qu'on emploie des aiguilles fines, on peut les faire rougir : on obtient de cette manière une véritable cautérisation.

M. Lebert dit qu'en examinant la tumeur il a été frappé de la dilatation et des battements de l'artère dans le voisinage ; il croit qu'il existe un commencement d'anévrisme cirsoïde, et, d'après ces motifs, il pencherait pour l'emploi de l'électricité, surtout d'a-

près les faits qu'il a vus dans le service de M. Malgaigne. Avant, du reste, de commencer ce mode de traitement, il serait d'avis de consulter M. Baumgartner pour savoir si ce n'est pas là l'occasion d'avoir des coagulum multiples.

M. Maisonneuve insiste aussi pour l'emploi de l'électricité comme moyen curatif, car non-seulement elle peut déterminer des coagulum dans les vaisseaux, mais même agir en cautérisant; à l'appui de son opinion, il cite M. Nélaton, qui, à l'aide d'un fil de platine rougi, a fait des sections comme avec le bistouri.

M. Demarquay regarde le voisinage du cerveau comme une cause défavorable pour l'emploi de moyens aussi énergiques.

M. Maisonneuve croit que M. Demarquay a des craintes exagérées; l'action de ce moyen est trop instantanée.

M. Denonvilliers a été à même de voir employer ce moyen, et il recule devant les difficultés de l'opération.

M. Michon craint que la Société ne s'engage trop avant dans cette discussion, où tant de doutes s'élèvent; il craint qu'on ne s'abandonne trop à des vues purement théoriques : c'est la connaissance des faits qui doit guider. Il faut donc, avant de conseiller l'électricité, voir quels ont été les résultats précédents, et bien prendre en considération dans quelles circonstances on a eu recours à l'électricité; car, comme le dit M. Lebert, c'est plutôt dans les vaisseaux que dans les tumeurs érectiles que le coagulum a lieu. Lui aussi a eu occasion d'employer tout récemment l'électricité pour une tumeur de la langue: c'était chez un homme qui avait la volonté ferme de guérir; dans ce cas, la douleur a été si vive qu'elle a déterminé une syncope.

M. Debout fait remarquer que, chez la malade de M. Demarquay, la tumeur présente deux éléments, l'un veineux, l'autre artériel; c'est ce dernier qu'il faut tâcher de détruire. C'est dans un cas semblable que M. Nélaton a obtenu une guérison.

Quant à la douleur, on pourra l'éviter en donnant au courant électrique une action continue et en évitant d'agir par saccades.

M. Demarquay avait, dit-il, tellement senti ce qu'a dit M. Michon, qu'il n'a pas voulu parler de galvanopuncture, bien qu'il ait fait des expériences assez nombreuses de ce moyen sur les animaux. C'est beaucoup trop difficile à manier pour l'employer avec sécurité

chez l'homme ; c'est, du reste, l'opinion de plusieurs physiciens avec lesquels il s'est entretenu de ce sujet.

M. Morel, tout en respectant l'autorité de M. Michon, craint de son côté qu'on ne s'effraye trop et de la douleur et de la difficulté de l'opération. Si on n'avait pas déjà des faits de coagulation du sang par ce moyen, on pourrait peut-être hésiter; mais comme il y en a, il faut faire de nouvelles tentatives. La ligature ne lui paraît pas admissible, parce que toute la région frontale droite est en quelque sorte transformée en tissu érectile, et que les artères y offrent une dilatation très avancée. En enlevant la tumeur, c'est-à-dire la partie saillante ou isolée du tissu érectile, on laisserait donc sur la partie droite du front une large portion également érectile qui échapperait ainsi à l'action de la ligature.

Il serait peut-être convenable pour favoriser l'effet du courant galvanique, de comprimer les carotides. Si ce moyen était insuffisant, il pense qu'il faudrait, non pas lier les carotides, mais les deux temporales et les autres artères qui concourent à l'entretien de la tumeur.

M. Robert pense que, si on n'applique une méthode que lorsqu'il y a des cas de réussite, on s'expose à reculer. Ici, il faut procéder par induction, et comme dans des cas analogues le fait M. Abeille, etc. ; il y a eu des succès, il ne faut pas hésiter.

Il croit qu'il s'agit d'un anévrisme cirsoïde, bien qu'il n'y ait point de battements aussi forts. La ligature en masse pourra échouer, parce que les vaisseaux ne viennent pas de la base, mais de la circonférence de la tumeur. Ce qui le fait pencher pour la galvanopuncture, c'est que, si elle échoue, on aura toujours la ressource des autres méthodes.

M. Michon n'est pas aussi opposé à l'électricité qu'on semble le croire, puisqu'il l'a employée; seulement il a cru devoir insister sur ce point, qu'avant d'engager une discussion sur les effets de l'électricité comme moyen thérapeutique, il fallait bien connaître quels étaient les avantages et les inconvénients de cette méthode, et il aurait désiré qu'on apportât, comme le disait M. Lebert, des éléments plus positifs. Ainsi, pour lui, il est déjà résulté de cette discussion un fait important, c'est que l'emploi d'un courant continu est indispensable. C'est en procédant par des faits bien précis qu'il croit que l'on peut traiter les questions avec avantage.

M. Denonvilliers insiste sur la gravité de la question. Par elle-même la maladie est dangereuse, difficile à traiter; de plus, on a rarement occasion de l'observer. Ce n'est pas une varice artérielle, c'est une tumeur qui se complique de dilatation artérielle; il ne faut pas cependant confondre les battements qui appartiennent à la tumeur; il y a un frémissement sous le doigt et une impulsion assez forte, même quand les carotides sont comprimées. Si le moyen de M. Demarquay est insuffisant, ne peut-on pas proposer des moyens nouveaux? Comme l'a dit M. Robert, il ne croit pas que la ligature interrompe le cours du sang. Si du reste ce moyen échoue, plus tard ne pourra-t-on pas compléter l'opération? Il cite l'exemple de Macillwain, qui a embrassé les tumeurs avec des épingles et étreint avec des fils. Revenant ensuite sur le cas de M. Nélaton, il dit que l'électricité a produit dans cette circonstance une véritable cautérisation.

M. Maisonneuve voudrait qu'on employât la cautérisation; et comme il n'aime pas l'action de la pâte de Vienne, qui laisse une eschare molle souvent accompagnée d'écoulement sanguin, il proposerait les caustiques acides, auxquels il ne reconnaît pas les mêmes inconvénients.

Il regrette que M. Demarquay n'ait pas parlé de la ligature excentrique employé par Blandin dans des tumeurs semblables. Ce procédé consistait à traverser la tumeur dans plusieurs points de sa circonférence avec une grande aiguille armée d'un fil, de manière à former une série d'anses qu'on pouvait serrer à volonté.

M. Demarquay répond que Blandin réservait cette ligature pour les tumeurs cancéreuses; il avait d'autres procédés pour les tumeurs érectiles. Ainsi sur une petite fille qui avait une tumeur érectile sur la poitrine, il fit la ligature sous-cutanée et obtint la guérison.

### Correspondance.

M. Larrey présente à la Société de la part de sir George Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, un ouvrage intitulé : *Outlines of military surgery*, avec la demande du titre d'associé étranger. (Commissaires : MM. Giraldès et Larrey.)

— M. Guersant annonce de la part de M. Huguier que la femme

que l'on croyait affectée de grossesse extra-utérine est accouchée naturellement. M. Huguier donnera des détails sur ce fait intéressant dans une des prochaines séances.

*Le secrétaire de la société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 21 *juillet* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. BOINET dit, à l'occasion du procès-verbal, que dans la dernière séance il avait émis l'opinion qu'il existait dans la science des faits qui faisaient croire que la galvanopuncture était plus efficace dans les tumeurs érectiles et dans celles composées de tissu veineux et de tissu artériel que dans les anévrismes. Depuis lors, les recherches qu'il a faites lui ont démontré qu'il avait commis une erreur et que ses souvenirs étaient inexacts : il n'a, en effet, trouvé que deux faits en faveur de ce mode de traitement, celui de M. Nélaton et un autre de M. Huguier, encore ces faits appartiennent plutôt à des varices artérielles qu'à des tumeurs érectiles proprement dites.

### Correspondance.

Elle comprend :

1° M. Giraldès dépose sur le bureau une lettre de remercîments du docteur Andrew Smith, intendant supérieur du service de santé de l'armée anglaise;

2° *De la cautérisation d'avant en arrière, de l'électricité et du cautère électrique dans le traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. le docteur Le Roy-d'Etiolles;

3° *Mémoire sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés latérales de la face*, par M. le docteur Bouvier.

### Indications et contre-indications dans l'opération de la pupille artificielle.

M. GIRALDÈS fait un rapport sur les travaux de M. le professeur Bowman, membre de la Société royale de Londres, etc.

M. le rapporteur passe en revue les recherches que le

de King's college a faites sur l'histoire de la pupille artificielle, les préceptes qu'il donne touchant les indications et les contre-indications les plus importantes à cette opération.

Parmi les contre-indications, M. Bowman range l'insensibilité de la rétine à la lumière naturelle ou artificielle : ainsi, toutes les fois que la rétine demeure insensible à l'action de la lumière, le chirurgien doit s'abstenir de pratiquer l'opération de la pupille artificielle, lors même qu'une grande partie de la cornée présenterait les conditions nécessaires à la pratique de cette opération. L'auteur indique également comme contre-indication l'effacement de la chambre antérieure, que cet effacement soit le résultat d'une adhérence de l'iris à la cornée ou qu'il soit produit par l'accumulation de fausses membranes au-devant de l'iris.

Parmi les indications à l'opération de la pupille artificielle, l'auteur range les cas où la cornée est devenue opaque dans sa partie centrale; les cas d'oblitération de l'iris par des fausses membranes avec adhérence à la capsule cristalline; enfin, il considère comme propres à cette opération les cas où la capsule cristalline est opaque dans le point correspondant à l'iris et lorsqu'il y a adhérence de cette membrane à la capsule. Il range également dans la même catégorie les cas où la capsule cristalline est adhérente à la cornée.

Suivant M. Bowman, toutes les fois qu'on observe ces deux dernières conditions, le cristallin n'est opaque que dans le point correspondant à la pupille, et il y a alors avantage à pratiquer la pupille artificielle, bien plutôt que d'abaisser ou d'enlever la lentille cristalline, pratique préconisée par Tyrrell.

L'opérateur doit autant que possible chercher à placer la pupille artificielle le plus près possible des conditions normales; il faut par sa forme et sa grandeur la ramener à de bonnes conditions physiologiques; à ce sujet, il fait remarquer qu'une large ouverture n'est pas celle qui convient le mieux; car, si elle permet à une plus grande quantité de lumière de pénétrer dans les milieux de l'œil, il est également vrai que le cône lumineux ne forme pas son foyer dans un point convenable, et la vision en souffre. A l'appui de son opinion, il cite des opérés chez lesquels une large fenêtre avait été pratiquée et qui ne pouvaient voir qu'en diminuant le cône lumineux à l'aide d'un petit appareil placé au-devant de l'œil. Quant au choix des méthodes, c'est un point sur lequel il insiste beaucoup :

il préfère les procédés qui causent le moins de violence dans l'œil; il rejette d'après ce principe la méthode de décollement ou corédyalisie; dans cette méthode, en effet, on déchire des vaisseaux et des nerfs importants, et on s'expose à des épanchements de sang, à des accidents qui compromettent le succès de l'opération.

M. Giraldès fait ensuite l'analyse d'un autre travail de M. le professeur Bowman sur une nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora. Toutes les fois que le conduit lacrymal est divisé ou qu'il est obstrué, que cette déviation ne peut être corrigée par un autre moyen, le chirurgien anglais propose de diviser ce conduit, de le transformer en une espèce de gouttière dans laquelle les larmes glissent et coulent ensuite naturellement dans le sac lacrymal.

Ce mémoire est suivi de plusieurs observations qui confirment l'avantage de cette méthode.

Après ce rapport, M. Giraldès énumère les travaux de M. Bowman en anatomie et en chirurgie; il termine en demandant pour lui, au nom de la commission, le titre de membre correspondant.

La proposition de la commission ayant été adoptée à l'unanimité, M. le professeur Bowman est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

**Du traitement des tumeurs érectiles par la ligature à chaîne enchevillée.**

M. Michon donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Rigal (de Gaillac) ayant pour titre: *Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature* (ligature à chaîne enchevillée).

Ce procédé, qui se compose d'éléments déjà connus, mais toujours appliqués isolément, constitue une véritable méthode qui a pour but, comme dans l'entérotomie, d'étrangler les tissus assez fortement pour les couper. Un des principaux avantages est de ne pas donner lieu aux accidents des ligatures incomplètes. Depuis onze ans M. Rigal a employé dix-huit fois ce procédé, et constamment avec succès. Outre la possibilité de pouvoir enlever complétement les tumeurs, les cicatrices qu'on obtient sont fermes, solides et mobiles.

Dans ce procédé, où les tumeurs érectiles sont en quelque sorte assimilées à des tumeurs pédiculées, on traverse la tumeur parallèlement avec des épingles assez solides ; puis, dans leur intervalle, on passe des fils doubles que l'on vient nouer de chaque côté au-dessous des épingles, qui servent ainsi de point d'appui et de limite à l'action des fils. M. Michon, qui a eu occasion d'employer dernièrement cette méthode avec succès, a insisté sur les avantages qu'elle présentait.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

1° Insertion du travail de M. Rigal dans les mémoires de la Société ;

2° L'admission de M. Rigal comme membre correspondant.

M. Robert dit que, dans la dernière séance, M. Michon n'a peut-être pas bien saisi le sens de ses paroles. S'il a cité l'observation de M. Abeille, c'est-à-dire celle d'un anévrisme de l'artère droite guéri par la galvanopuncture, c'est pour rappeler un exemple du plus haut degré de la puissance de l'électricité considérée comme agent de coagulation du sang, et non pour fournir un argument direct dans la question de la curabilité des tumeurs érectiles par l'emploi de l'électricité.

Il regrette que M. Michon, dans son rapport, n'ait pas mentionné le cas publié par M. Nélaton, d'une jeune fille ayant un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, et guérie par la galvanopuncture. Pour lui, il y a identité de nature entre les anévrismes cirsoïdes et les tumeurs érectiles, mais il y a différence de siége.

M. Michon connaissait très bien le fait de M. Nélaton ; il n'en a pas parlé, parce qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur érectile, mais bien d'un anévrisme cirsoïde. C'est sous ce titre que l'observation a été donnée ; c'est M. le docteur Wertheimber qui a dirigé le courant électrique pendant la maladie. La note qu'a lue M. Demarquay porte le titre de *tumeur érectile;* il n'est pas permis de confondre ces tumeurs avec l'anévrisme cirsoïde.

M. Robert dit qu'il existe une grande analogie entre l'anévrisme cirsoïde proprement dit et les tumeurs érectiles artérielles. Dans ces deux maladies, il y a dilatation considérable des vaisseaux artériels, qui deviennent tortueux, bosselés et semblables à des varices ; mais dans l'anévrisme cirsoïde la dilatation occupe les artères

de moyen ou de gros calibre, tandis que dans la tumeur érectile elle siége dans les capillaires artériels.

Si l'on dissèque une tumeur érectile artérielle, ce que M. Robert a eu l'occasion de faire une fois, on n'y trouve autre chose que des artères dilatées et sinueuses. Une autre preuve de cette analogie se tire de la marche des tumeurs érectiles. Dans l'origine, la tumeur érectile n'est quelquefois qu'une simple tache semblable à une piqûre de puce, dans laquelle l'on ne distingue que de petits vaisseaux dilatés; plus tard le mal s'étend et constitue la tumeur érectile proprement dite; plus tard, enfin, l'altération envahit les artères qui communiquent avec la tumeur, et l'anévrisme cirsoïde se trouve constitué. M. Robert a plusieurs fois observé ce fait, et en a déjà entretenu la Société à l'occasion d'une jeune fille affectée d'un vaste anévrisme cirsoïde du cuir chevelu.

Du reste, cette analogie a été admise par Breschet dans son beau travail sur les anévrismes.

M. Robert, se fondant sur ce fait d'anatomie pathologique, qu'il regarde comme important dans la discussion actuelle, pense donc que, si la galvanopuncture réussit à guérir l'anévrisme cirsoïde, il n'y a pas de raison de croire qu'elle soit inefficace dans le traitement des tumeurs érectiles.

M. Michon dit que John Bell et Breschet avaient bien distingué l'anévrisme cirsoïde des tumeurs érectiles. Il admet qu'il y a des tumeurs érectiles qui entraînent la dilatation des vaisseaux; mais il reste toujours l'éponge vasculaire : c'est à cause de ce fait que Dupuytren comparait ce tissu à celui des corps caverneux et de la rate. Ce sont les vaisseaux afférents qui se dilatent autour. Il ajoute que la majorité des tumeurs érectiles est sans battements, sans bruissement. Il admet qu'il y a entre les tumeurs érectiles et l'anévrisme cirsoïde une analogie plus ou moins éloignée, mais il ne peut concéder à M. Robert qu'il y ait identité entre ces deux maladies.

M. Monod, revenant sur les guérisons spontanées des tumeurs érectiles veineuses, dit qu'elles sont moins rares qu'on ne croit; malheureusement on n'attend pas assez.

Il a été étonné de ce que M. Michon n'apprécie pas plus le séton; quant à lui, c'est le moyen qu'il préfère. Il cite en faveur de cette méthode le fait d'une jeune fille qui avait une tumeur érectile s'é-

tendant depuis la lèvre jusqu'au conduit auditif. Il y avait des hémorrhagies. Il appliqua un séton, et la guérison fut complète.

Chez un autre jeune malade affecté de tumeur érectile de la paume de la main, il a aussi employé les sétons avec succès. Le traitement a duré plus d'une année. Dans ce cas, la méthode de M. Rigal aurait eu l'inconvénient de faire perdre les mouvements des doigts. (Ce malade a été présenté à la Société.) Il croit que c'est un moyen qu'il ne faut pas laisser tomber en désuétude ; car il peut rendre des services.

Il est enfin une dernière méthode précieuse dans les tumeurs érectiles peu étendues, c'est la cautérisation légère avec la potasse caustique.

M. Michon n'est pas aussi partisan de l'emploi du séton que M. Monod; il avoue que c'est surtout depuis qu'il a perdu un malade et que d'autres ont eu aussi des accidents. Il a vu, comme M. Monod, des guérisons spontanées. Quant à examiner la valeur de chacune des méthodes proposées pour la guérison des tumeurs érectiles, ce n'était pas précisément le but de son travail; il avait à examiner la méthode de M. Rigal : c'est ce qu'il a fait; et, de plus, il a profité de cette occasion pour éclairer quelques points de l'histoire du traitement sur lesquels il y avait des doutes.

M. Guersant ne nie pas les avantages des sétons; lui-même les a employés avec succès dans plusieurs cas. Une fois même il n'obtint la guérison qu'après en avoir passé 40. Mais à côté de ces avantages il y a des inconvénients : il survient des érysipèles très graves, même lorsqu'on n'a passé que trois ou quatre fils. Il cite à l'appui de son opinion le fait de Blandin, qui perdit un enfant après avoir passé un seul fil à la joue. Il préfère plonger à plusieurs reprises dans la tumeur une aiguille chauffée à blanc. Cette méthode ne lui a, jusqu'à présent, amené aucun accident.

M. Denonvilliers ne nie pas l'existence des tumeurs érectiles douées de pulsations; où on en rencontre, elles sont très difficiles à attaquer; elles se prêtent cependant à l'action du galvanisme.

Son opinion est que A. Bérard n'était pas aussi opposé à la ligature que M. Michon l'a prétendu. Il est possible que dans les premiers écrits de Bérard on trouve cette manière de voir; mais ce n'est pas dans le *Compendium*, publié postérieurement. Bérard

s'était attaché à la cautérisation, et lorsqu'il employait les sétons il les convertissait en ligatures.

M. Michon est loin de repousser le traitement des tumeurs érectiles par l'emploi de l'électricité. Il fait la part de ce moyen dans son travail. On a obtenu de cette manière des guérisons dans les anévrismes cirsoïdes, tandis qu'il n'y en a pas encore dans les cas de tumeurs érectiles proprement dites.

Pour ce qui est de l'opinion de Bérard touchant la ligature dans le traitement des tumeurs érectiles, il est vrai qu'il ne l'a point prise dans le *Compendium*, ouvrage rédigé par deux chirurgiens; c'est dans le mémoire de Bérard que se trouve émise l'opinion que la ligature ne peut s'appliquer qu'à des tumeurs petites, pédiculées, ce qui est le cas le plus rare. Peut-être, par la suite, l'expérience lui aurait-elle fait modifier son opinion.

M. Denonvilliers insiste pour démontrer que Bérard, en employant le séton, étranglait successivement la tumeur en coupant la peau.

M. Debout aurait voulu que le rapport de M. Michon fît mention de la vaccine comme moyen curatif; car, suivant lui, les résultats qu'on a obtenus par ce moyen sont bien supérieurs à ceux qu'on obtient à l'aide des sétons.

M. Boinet dit qu'une des causes qui a pu induire en erreur, c'est que le fait de M. Nélaton est intitulé : Anévrisme cirsoïde.

M. Vidal se propose d'appliquer les serres-fines pour une tumeur de la lèvre; il veut, suivant son expression, assaillir la tumeur avec des serres-fines. Son intention est de les employer également pour la cure des varices chez les vieillards.

M. Cloquet a eu occasion de voir plusieurs fois des tumeurs érectiles guérir spontanément; il a vu, entre autres, la fille d'un banquier âgée de sept ans; elle avait deux tumeurs érectiles, l'une au front et l'autre à la grande lèvre. La mère s'était refusée à toute opération; l'enfant a guéri sans aucun traitement. Il partage l'opinion de M. Michon sur la composition des tumeurs érectiles; dans celles qui sont bleues, c'est l'élément veineux qui prédomine; dans celles qui sont d'un rouge framboisé, c'est l'élément artériel; dans ces dernières il y a souvent des pulsations. M. Cloquet fait remarquer qu'on rencontre assez fréquemment des tumeurs hémorrhoïdales avec des battements; la prédominance des vaisseaux

artériels rend leur ablation assez dangereuse, presque toujours il survient des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter que par la cautérisation.

Dans les tumeurs cirsoïdes, la dilatation et les pulsations des veines sont dues au passage du sang artériel dans le système veineux; cette affection peut être le fait d'une cause traumatique, comme il l'a observé chez un grand d'Espagne qui avait reçu des coups de bâton sur la tête. Si on admet que cette affection naisse spontanément, il faut qu'il existe dans les derniers ramuscules veineux des communications directes avec les artères. Du reste, les battements que présentent ces veines dilatées ont beaucoup moins de force que les artères.

Pour M. Cloquet, le séton avec des fils est si souvent suivi d'accidents, qu'il a été obligé d'y renoncer; il n'a pas vu aussi souvent des accidents inflammatoires survenir après l'emploi des sétons métalliques.

Lorsque les tumeurs sont plates, il est toujours facile de les traverser crucialement par des aiguilles, et ensuite de les étreindre avec des fils; mais ce moyen a encore causé des accidents. Il a vu une jeune fille qu'il avait opérée ainsi d'une tumeur située dans la région mastoïdienne succomber par suite d'un érysipèle. Actuellement il se contente de pratiquer une ligature qui a beaucoup d'analogie avec le procédé de M. Rigal : il traverse la tumeur avec deux aiguilles qui entraînent un fil double; la tumeur étant ainsi traversée crucialement par deux fils doubles, il sépare chaque fil, le renverse en dehors, et vient le nouer avec le plus voisin.

M. Morel-Lavallée. Si M. Cloquet a observé des battements dans les grosses veines voisines des tumeurs érectiles d'origine congénitale, par exemple, ces battements paraissent être un fait nouveau très remarquable; mais dans le cas très intéressant qu'il vient de communiquer à la Société, ne serait-il pas possible que ce fût tout simplement un anévrisme artérioso-veineux développé à la suite de contusions? Dans ce cas, les battements veineux perdraient leur caractère exceptionnel en rentrant dans la règle générale.

M. Gerdy ne croit pas qu'on ait jamais observé de battements dans les grosses veines dès la naissance. Pour lui, le nombre des

variétés de tumeurs érectiles n'est pas seulement de trois, mais au moins de huit.

Ainsi il y en a qui sont composées simplement de capillaires veineux, d'autres de capillaires artériels, d'autres enfin qui sont mixtes. Dans quelques-uns il y a des dilatations artérielles ou veineuses, ou des dilatations des deux ordres de vaisseaux. Quelques-unes présentent de véritables criblures; viennent enfin celles qui sont dénommées sous le nom de *fongus hématode*, qui contiennent du sang en grumeaux, et qui paraissent tenir du cancer. Les tumeurs érectiles ne doivent pas être confondues avec l'anévrisme cirsoïde. Le mémoire de Breschet a peut-être contribué à rendre confus ce point de la pathologie.

— A la fin de la séance, M. le président annonce que les conclusions du rapport seront mises aux voix dans la prochaine séance.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 28 *juillet* 1852.

### Présidence de M. GUERSANT.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président met aux voix les conclusions de la commission sur le travail de M. Rigal (de Gaillac). Les conclusions ayant été adoptées à l'unanimité, M. Rigal est nommé membre correspondant.

Sur la demande de plusieurs membres, le rapport de M. Michon est également renvoyé au comité de publication.

### Correspondance.

M. MAISONNEUVE dépose sur le bureau, au nom de M. Michaux, de Louvain, qui demande le titre d'associé étranger, les ouvrages qui suivent :

*Note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur accompagnées de pénétration dans le grand trochanter;*

*Note sur deux cas remarquables de hernie;*

*Extirpation d'une tumeur volumineuse occupant la région paro-*

*tidienne; guérison; quelques propositions relatives à l'ablation des tumeurs de cette région;*

*Observations de chirurgie opératoire communiquées à l'Académie royale de Belgique;*

*Déchirure de la portion prostatique de l'urètre et du col de la vessie; inflammation, suppuration, formation de tissu inodulaire, dysurie; essais infructueux de cathétérisme; opération de la boutonnière; pansement avec des mèches volumineuses; introduction de sondes de Mayor; guérison;*

*Note sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou;*

*Description d'une anomalie rare de l'artère épigastrique;*

MM. Nélaton, Denonvilliers et Maisonneuve sont nommés pour rendre compte de ces divers travaux.

**Dilatation varqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis.**

M. Huguier présente un malade dont il avait déjà entretenu la Société dans la séance du 26 mai 1852. Ce malade portait sur les côtés du gland des vaisseaux lymphatiques dilatés, qui, en se rejoignant, formaient une sorte de couronne, puis remontaient vers la racine de la verge. Une ponction faite sur l'un de ces vaisseaux donna issue à un liquide opalin. L'opération a consisté dans l'incision de ces vaisseaux à leurs deux extrémités. Il y a eu à la suite de cette petite opération un peu d'œdème et d'inflammation du prépuce, mais cela s'est promptement dissipé. M. Huguier a entendu dire à M. Ricord que ce genre d'affection n'était pas très rare et qu'il se contentait de soulever ces vaisseaux avec une pince et de les exciser avec des ciseaux courbes.

**Tumeur siégeant à la grande lèvre gauche.**

M. Guersant présente une petite fille de douze ans portant une tumeur à la grande lèvre gauche; il pense que cette tumeur est un kyste; il veut en faire la ponction suivie d'une injection iodée. Ceux des membres qui l'examinent sont pour la plupart de l'avis de M. Guersant.

**Grossesse réputée anormale terminée par un accouchement naturel.**

M. Huguier. Il y a deux séances, j'avais prié M. le président d'annoncer à la Société que la femme qui était dans mon service,

et chez laquelle j'avais cru, ainsi que plusieurs confrères, qu'il existait une grossesse extra-utérine, était accouchée naturellement. Je m'étais inscrit pour cette communication ; mais plusieurs circonstances imprévues et les occupations de la Société m'ayant empêché de donner des détails sur ce fait intéressant, j'y reviens aujourd'hui, et j'entrerai dans des détails d'autant plus nécessaires que le fait a été raconté d'une manière inexacte dans un journal de médecine.

Lorsque j'appelai l'attention de la Société sur ce fait, qui a présenté tant d'obscurité pour le diagnostic et qui s'est terminé naturellement, je pensais qu'il s'agissait, sinon d'une grossesse extra-utérine, au moins d'une grossesse anormale : j'étais porté à adopter cette opinion par les raisons suivantes :

1° La tumeur était très élevée ;

2° Il existait entre elle et le pubis une dépression très marquée;

3°. On sentait l'enfant sous les téguments ;

4° La tumeur offrait une forme toute particulière ;

5° Il y avait absence de souffle placentaire ;

6° La tumeur, au lieu d'occuper la ligne médiane et de prédominer en avant, occupait tout le flanc droit ;

7° On sentait dans le cul-de-sac du vagin une tumeur qu'on considérait comme une portion de l'enfant;

8° La fécondation avait été la suite d'un acte violent et suivie de circonstances qui ont été notées comme accompagnant assez souvent les grossesses extra-utérines ;

9° Les deux médecins qui avaient vu la malade dans les premiers temps avaient cru l'un à une affection organique du foie et l'autre à une tumeur de l'ovaire droit.

Entre autres signes qui ont pu contribuer à favoriser l'erreur de diagnostic, il faut encore noter le développement continuel du diamètre transversal de la cavité abdominale, la persistance de la tumeur dans la région épigastrique, la démarche de la malade, qui était toute particulière : au lieu de se renverser en arrière, elle était courbée sur elle-même en avant. De plus, dans les derniers temps, il y avait de la fièvre, des douleurs lombaires qui cessaient et revenaient : on pouvait croire à une irritation péritonéale. De — jusqu'aux derniers moments, absence totale des phéno

parturition : il n'y avait aucune contraction utérine, aucune dilatation du col.

Le 30 juin au matin, lorsque je vis la malade avec M. Danyau, le col était en arrière derrière les pubis; il était conoïde et aucunement dilaté; à ce moment M. Danyau pencha tellement vers l'idée d'une grossesse extra-utérine qu'il indiqua la longueur et le siége de l'incision à pratiquer.

Ce fut dans la nuit, vers trois heures du matin, que le travail commença; les premières douleurs se manifestèrent le 1er juillet au matin; elles étaient très rapprochées et avaient lieu de cinq en cinq minutes; jusque-là, aucun changement du col. Quelques personnes qui étaient présentes m'engagèrent à agir; n'étant pas assez convaincu de l'existence d'une grossesse extra-utérine, je refusai, disant qu'à deux heures de l'après-midi je reverrais la malade, et qu'alors je pratiquerais la gastrotomie après avoir cathétérisé l'utérus. A deux heures un quart MM. Roux et Danyau étant arrivés, je touchai la malade; le col n'était pas ouvert; mais en introduisant le doigt je sentis quelque chose qui se rompait, et je reconnus la tête qui se présentait. Dès ce moment tous les doutes furent levés; c'était un accouchement simple qui se préparait; la tête se présentait en première position; rien d'extraordinaire n'eut lieu, et deux heures après la femme était accouchée.

Depuis, voici ce que j'ai observé : la fièvre de lait s'est déclarée le troisième jour; pendant dix jours l'utérus est toujours resté en haut dans le flanc droit, au-dessus de l'ombilic, puis il s'est porté tout à fait à droite, et enfin est revenu sur la ligne médiane; aujourd'hui il est encore un peu élevé, mais sa position est normale. Mais derrière l'utérus on sent une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api; on la sent dans le cul-de-sac utéro-rectal. Je me demande si, pendant la grossesse, cette tumeur n'était pas plus volumineuse.

J'insisterai d'autant plus, dit M. Huguier, sur la valeur de cette observation, qu'elle a présenté de nombreuses difficultés de diagnostic, que presque tous nos confrères qui ont vu la malade ont partagé mes doutes : c'était donc une grossesse anormale. Si M. Paul Dubois n'a pas admis la grossesse extra-utérine, il a d'abord

pensé que c'était une présentation du pelvis. Quant à M. Moreau, il penchait, lui aussi, pour une grossesse extra-utérine.

**Recherches sur l'anesthésie oculaire.**

M. Chassaignac donne lecture d'un travail ayant pour objet des recherches sur l'anesthésie oculaire, et renfermant les propositions suivantes :

1° L'effet constant du chloroforme, quand le sujet est à l'état de résolution générale, c'est l'immobilité complète et absolue du globe de l'œil.

2° Non-seulement l'œil est immobile; mais de plus, il est dans l'état que Barthez avait désigné sous le nom de *force de situation fixe*. Dans cette condition, toutes les tentatives faites avec le seul secours des doigts et sans instrument pour faire rouler l'œil sur l'un de ses axes restent sans effet.

3° la position dans laquelle s'arrête l'œil des anesthésiés est la déviation de la cornée en haut, sous la paupière supérieure.

4° La situation fixe de l'œil pendant l'anesthésie paraît dépendre de ce que les muscles droits et les deux obliques de l'œil entrent dans un état de contraction tonique où ils se font équilibre pour maintenir le globe dans la situation où ce dernier a été en quelque sorte saisi par l'état anesthésique.

5° Tandis que le chloroforme a pour effet de résoudre partout ailleurs les contractions musculaires, il traite les muscles de l'œil d'une manière toute différente, et les maintient dans un état de tonicité remarquable.

6° Sous l'influence de cette contraction générale des muscles de l'œil, les liquides tendent à s'échapper de la coque oculaire. Chez un malade atteint d'une double cataracte et opéré des deux côtés par abaissement, il s'est produit aussitôt après l'opération un double chémosis séreux.

7° L'action du chloroforme sur l'organe de la vue présente deux ordres de phénomènes très distincts, suivant que le sujet est dans la période d'excitation ou dans la période de collapsus.

8° Le premier effet produit par le chloroforme sur la muqueuse oculaire est une action irritante. Aussi, l'impression générale des sujets soumis à l'inhalation est de fermer les paupières.

9° Pendant la période d'excitation, l'effet du chloroforme est gé-

néralement de dilater la pupille; mais au plus fort de l'état anesthésique, la pupille reprend sa contractilité, en apparence du moins, sous l'empire d'une action réflexe.

10° L'effet de la période de collapsus sur les paupières est de leur donner une immobilité en quelque sorte cadavérique, c'est-à-dire qu'elles gardent la situation que leur donne la main de l'observateur: s'il les entr'ouvre, elles restent entr'ouvertes; s'il les ouvre plus largement, elles ne se referment pas.

11° L'âge des sujets ne paraît pas exercer une grande influence; mais la débilité de la constitution et le sexe féminin rendent plus rapide et plus profonde l'action du chloroforme sur l'appareil de la vision.

12° L'immobilité cadavérique, ou inertie absolue des paupières, peut être considérée comme un excellent critérium de l'anesthésie complète. Chez tous les sujets arrivés à l'état de collapsus elle existait, et par contre on ne l'a que très rarement observée durant la période d'excitation.

13° Le chloroforme est un mauvais dilatateur de la pupille.

14° Sur les sujets cataractés qui ont été opérés dans l'état d'anesthésie complète, et chez lesquels il y a eu dilatation préalable de la pupille au moyen de la belladone ou de l'atropine, celle-ci se resserre brusquement dans les deux conditions que voici : chez les opérés par abaissement au moment où le cristallin cesse de se trouver dans le champ de la pupille; chez les opérés par extraction, au moment où l'humeur aqueuse s'écoule après l'incision de la cornée.

M. Giraldès. Je demanderai à M. Chassaignac si, par la lecture de ce travail, il a donné à entendre que le chloroforme n'a pas été employé dans les opérations qui se pratiquent sous les yeux; car si cela était, je lui objecterais que M. Bowman et B. Cooper l'ont employé dans des cas de cataracte ou de pupille artificielle chez des enfants.

M. Chassaignac. Je n'ai donné lecture de ce travail que pour faire connaître à la Société les recherches que j'ai commencées sur l'anesthésie oculaire, sans élever à cet égard aucune prétention de priorité.

M. Cloquet. Je demanderai si M. Chassaignac a pratiqué l'opé-

ration de la cataracte par extraction chez des individus soumis à l'action du chloroforme et ce qui est survenu.

M. Chassaignac. J'ai eu occasion de faire cette opération dans ces circonstances, et l'œil n'a pas été vidé; mais si la membrane hyaloïde eût été intéressée, il est probable que l'œil se serait vidé.

M. Larrey insiste pour que le travail de M. Chassaignac, qui offre une série très curieuse d'observations, soit renvoyé au comité de publication.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— M. Giraldès rend compte de plusieurs travaux de chirurgie importants contenus dans le trente-quatrième volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres.*

**De la compression dans le traitement des tumeurs anévrismales.**

*Observation d'un anévrisme poplité guéri par la compression; remarques sur cette méthode de traitement*, par le Dr Bellingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, de Dublin.

L'auteur rapporte d'abord l'histoire d'un anévrisme poplité observé chez un homme de quarante-deux ans, et guéri par la compression. Ce malade, qui était un ancien militaire, entra à l'hôpital Saint-Vincent le 26 novembre 1850. Il portait dans la région poplitée droite une tumeur, dans laquelle il existait des pulsations, des mouvements d'expansion et un bruit de souffle. Elle avait trois pouces d'étendue en tous sens et remplissait toute la région poplitée; le membre était plus volumineux que celui du côté sain.

Le malade passa toute la journée du 30 au lit; il prit 10 grammes de poudre de jalap. Jusqu'au 3, on diminua successivement la quantité des aliments.

On commença la compression le 4 à onze heures du matin au moyen de deux compresseurs, l'un placé dans l'aine, et l'autre au tiers inférieur de la cuisse. La compression fut maintenue toute la journée et toute la nuit.

Le 5, à l'heure de la visite, les pulsations avaient cessé, la tumeur était dure, solide, limitée. Le malade resta au lit, et une compression modérée fut continuée.

Le 10, plus de compression; la tumeur est dure; on ne sent plus de pulsations.

Le 28, le malade part pour la campagne.

M. Bellingham fait suivre l'histoire de ce malade d'un tableau dans lequel sont inscrits 36 cas d'anévrisme traités par la compression. Il fait remarquer que ce nombre ne résume point toutes les observations dans lesquelles la compression a été employée ; il ne comprend que les cas traités de cette manière dans les hôpitaux de Dublin depuis 1843 jusqu'en 1850.

Ces 36 cas d'anévrisme comprennent :

| | | |
|---|---|---|
| 6 | anévrismes | de l'artère fémorale ; |
| 26 | — | de l'artère poplitée ; |
| 3 | — | de l'artère brachiale ; |
| 1 | — | de l'artère radiale. |

Dans les 6 cas d'anévrisme de l'artère fémorale, il y a eu cinq guérisons ; le sixième cas était un anévrisme diffus qui a nécessité l'amputation de la cuisse.

Sur les 26 cas d'anévrisme poplité, il y a 21 cas de guérison. Un de ces malades est mort d'une affection du cœur quarante-huit heures après la cessation des battements dans la tumeur.

Sur les 5 cas dans lesquels la compression a échoué, on trouve un cas dans lequel la compression n'a pas été continuée ;

Un 2e, où la ligature a été employée ;

Un 3e, pour lequel la galvanopuncture a été mise en usage conjointement avec la compression. Cette fois, il survint un érysipèle grave, et le malade succomba ;

Un 4e, où l'amputation a été pratiquée ;

Un 5e, où le malade succomba à une affection pulmonaire.

Le chirurgien de Dublin fait voir que dans un de ces cas la compression a été pratiquée chez le même malade pour un anévrisme de l'artère fémorale. Il ajoute que parmi les malades guéris la tumeur n'avait point reparu. Il montre, d'après les autopsies, que les guérisons se font par l'oblitération du sac, l'artère restant perméable dans une grande partie de son étendue.

Sur les trois observations d'anévrisme de l'artère brachiale il y a deux guérisons ; chez le troisième malade, il existait une anomalie de l'artère brachiale, et deux branches artérielles durent être liées.

M. Bellingham insiste sur l'importance d'une méthode de traite-

ment qui, sur 36 cas, n'a été suivie d'aucun accident qui lui soit propre, et il fait voir combien cette méthode doit être préférée à la ligature des artères, se fondant sur le grand nombre d'accidents graves qui accompagnent cette dernière opération. Ainsi, d'après une statistique publiée par Norris, où il a rassemblé 188 cas de ligature de l'artère fémorale pour des anévrismes poplités, on trouve 146 guérisons et 46 morts.

Depuis que la compression a été introduite dans la pratique des chirurgiens de Dublin, elle a rendu de grands services.

Si cette méthode n'a pas donné partout des résultats aussi favorables qu'à Dublin, c'est qu'elle a été appliquée d'une manière peu méthodique, et que les instruments de compression n'étaient pas convenables. Il ne s'agit pas pour réussir d'obtenir l'oblitération du vaisseau dans le point comprimé, mais bien de diminuer l'impulsion de la colonne liquide et de favoriser la coagulation du sang dans le sang.

Le travail de M. Bellingham est suivi d'une observation d'un double anévrisme poplité communiquée par M. Heweth. Chez le malade sujet de cette observation, la mort fut la suite d'une affection interne. A son autopsie, on put suivre la marche de consolidation des poches anévrismales, et on put également constater la perméabilité de l'artère malade.

**De l'emploi de l'électricité dans la pratique chirurgicale.**

Le même ouvrage contient un travail de M. John Marschall, chirurgien adjoint de l'University College's Hospital; il a employé le galvanisme dans le but de produire la cautérisation d'un trajet fistuleux rebelle à d'autres moyens de traitement.

Cette opération a été pratiquée au commencement de septembre 1850 sur un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution délicate, scrofuleuse, et chez lequel une fistule avait succédé à un abcès de la joue. Des injections irritantes, caustiques, iodées furent employées sans succès; les moyens généraux ne réussirent pas mieux. Ce fut alors que M. Marschall se décida à employer le galvanisme. Il fit d'abord quelques essais sur le cadavre et les animaux dans le but de connaître la possibilité d'une cautérisation dans toute l'étendue du trajet fistuleux à l'aide d'un fil de platine, l'étendue de la partie cautérisée et les suites de la cautérisation;

enfin pour connaître quels devaient être le volume du fil de platine, l'intensité et la durée du courant.

Les expériences furent faites avec la pile de Grove, et donnèrent un bon résultat. Une fois le résultat connu, il employa ce moyen pour le jeune malade. La cautérisation fut pratiquée dans toute l'étendue du trajet fistuleux, et la guérison s'ensuivit.

M. Marshall fait suivre cette observation de quelques considérations sur ce qu'il appelle le cautère électrique ; il pense qu'on pourrait y recourir dans les fistules profondes, dans les fistules périnéo-urétrales, vésico-vaginales, et même dans les plaies empoisonnées.

On pourrait, suivant lui, essayer, par ce moyen, de détruire certaines tumeurs, comme les tumeurs érectiles ou hémorrhoïdales ; certaines maladies de la langue, du col de l'utérus ; ou s'en servir pour oblitérer des veines variqueuses. Il s'en est servi pour des hémorrhoïdes et dans le cas de fissure à l'anus. Ce sont, dit-il, les indications qu'il a trouvées dans le *Traité de l'électricité* par M. Becquerel qui l'ont porté à faire ces recherches.

**Observation d'extirpation de l'ovaire avec succès, par M. Duffin. Analyse de 108 cas d'ovariotomie, par M. Robert Lee.**

M. Robert Lee, à la suite d'une communication d'ovariotomie faite avec succès par M. Duffin chez une femme âgée de trente-huit ans, profite de cette circonstance pour faire connaître le résultat de la dissection de la tumeur enlevée, et surtout pour exposer les effets connus des opérations d'ovariotomie pratiquées en Angleterre.

Il avait d'abord réuni 108 cas d'opération ; de nouvelles recherches ont porté ce nombre à 162. Ainsi, 162 extirpations de l'ovaire ou tentatives d'extirpation ont été faites dans la Grande-Bretagne ; sur ce nombre 162, il y a 61 morts.

Il était curieux de connaître l'âge précis des malades, et la mortalité suivant l'âge. Or, en étudiant le tableau de M. Lee, on ne trouve pas tous les éléments nécessaires ; ainsi, plusieurs cas sont inscrits sans que l'âge de la malade soit indiqué.

Toutefois, en réunissant les résultats qu'il a publiés, j'ai pu arriver aux chiffres suivants :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| De 18 à 30 ans, | il y a | 40 | opérations, | 19 | morts. |
| De 30 à 40 | — | 41 | — | 13 | — |
| De 40 à 50 | — | 17 | — | 4 | — |
| De 50 à 60 | — | 13 | — | 2 | — |

Ainsi, c'est dans la période de 18 à 30 ans que la mortalité a été plus grande.

J'ai voulu savoir également combien de jours après l'opération la mort était survenue, et, à moins de chercher ailleurs, on ne trouve pas encore tous les éléments nécessaires; cependant j'ai trouvé 6 cas dans lesquels la mort a suivi de très près l'opération :

1 cas le lendemain;
2 trente-six heures après;
1 quarante-huit heures après;
1 trois jours après, de péritonite;
1 quatre jours après, de péritonite.

Au moment où cette discussion a eu lieu, M. R. Lee sollicita vivement les membres de la Société qui avaient pratiqué cette opération d'en faire connaître le résultat; et s'il est vrai de dire qu'on a reproché à M. Lee d'avoir dressé un tableau sur des documents qui n'avaient pas toute la valeur nécessaire, il est également vrai de de dire que les ovariotomistes n'ont pas publié en entier les accidents et tous les cas de mort, comme M. R. Lee le leur a reproché.

Maintenant, si nous décomposons le tableau de M. Lee, nous arrivons au résultat suivant :

Sur 162 ovariotomies, 8 dans lesquelles il n'y avait pas d'ovaire malade.

Dans 60 cas, l'ovaire n'a pas été enlevé; sur ce nombre, 19 morts.

Sur le nombre 102, dans lequel l'opération a été terminée, il y a eu 42 morts.

### Oblitération partielle de l'artère crurale à la suite d'une ligature.

M. Verneuil met sous les yeux de la Société le bassin et le membre inférieur droit d'une femme avec les artères injectées. Dernièrement, en disséquant le cadavre d'une femme adulte, il s'aperçut que l'artère crurale droite était en partie oblitérée; des recherches

qu'il fit à ce sujet lui ont fait penser que cette oblitération avait été causée par une ligature faite probablement pour une plaie artérielle. L'oblitération, longue de 4 centimètres, s'étend depuis l'épigastrique jusqu'à la fémorale profonde : un cordon fibreux imperméable remplace l'artère. M. Verneuil a trouvé une cicatrice à un centimètre au-dessous de l'arcade crurale et parallèlement à ce ligament ; sur aucun point du système artériel il n'a rencontré de traces de tumeur anévrismale, d'où l'hypothèse d'une plaie antérieure. L'artère fémorale était partout perméable à la cuisse ; l'artère iliaque externe était perméable jusqu'à l'épigastrique, mais considérablement diminuée de calibre ; l'iliaque interne, devenue au contraire très volumineuse, rétablissait la circulation, surtout par les branches obturatrice et fessière ; les artères honteuse interne et ischiatique y contribuaient beaucoup moins. Quant aux artères viscérales et aux artères du côté opposé, leur calibre était le même.

A la cuisse, les artères circonflexe interne, honteuses externes, superficielles et profondes, la fémorale profonde ramenaient le sang dans la crurale par un réseau artériel très riche situé dans la région interne et supérieure de la cuisse au niveau de la fosse obturatrice. Les artères des nerfs crural et sciatique étaient très dilatées.

La conservation des vaisseaux du côté sain permet de comparer l'état du système vasculaire du côté de l'oblitération. Les vaisseaux qui établissent les anastomoses ont un aspect particulier ; ils sont flexueux, contournés en hélice ; en certains points, ils sont comme variqueux.

Les deux membres étaient égaux ; l'appareil musculaire annonçait une grande vigueur.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du 4 août* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Pupille artificielle.**

M. MOREL-LAVALLÉE J'ai pratiqué dernièrement, en employant

le chloroforme, une pupille artificielle chez une jeune enfant de neuf ans, et voici ce que j'ai observé. Avant que la résolution fût complète, le globe de l'œil était mobile ; mais, lorsque la malade fut dans un état complet de résolution, l'œil ne fit aucun mouvement ; il resta comme fixé par l'ophthalmostat. J'ai pu, après la ponction à travers la cornée transparente, saisir l'iris avec une pince et en exciser deux lambeaux sans éprouver la moindre gêne. Un instant je craignis pour la sortie du corps vitré; une petite portion, de la grosseur de la tête d'une épingle, avait fait hernie, mais elle rentra facilement dès que l'action du chloroforme eut cessé. Je crois donc que c'est un moyen précieux, puisqu'à la rigueur on peut se passer d'aide pour maintenir le globe de l'œil. Du reste, j'ajouterai que dès le principe M. Gerdy avait employé l'éther pour les opérations pratiquées sur les yeux.

M. Chassaignac insiste de nouveau pour récuser toute idée de priorité.

M. Vidal dit que, si on veut remonter à la question de priorité, il faudrait aller plus loin, car ce fut un oculiste qui employa un des premiers sur les yeux les agents anesthésiques en se frottant les mains avec de l'éther et en les approchant des yeux.

### Kyste de la grande lèvre.

M. Guersant annonce que la tumeur que la jeune fille dont il a été question dans une autre séance portait à la grande lèvre était bien un kyste. Il a fait la ponction et a pratiqué ensuite une injection avec la teinture d'iode (trois parties de teinture alcoolique et une partie d'eau). La matière contenue dans le kyste était très fétide et tellement épaisse qu'elle n'a pu sortir par la canule d'un trocart ordinaire : il a fallu faire une seconde ponction avec un gros trocart.

M. Lebert est prié de vouloir bien examiner la nature de la matière extraite.

### Observation de rupture utérine.

M. Danyau fait un rapport sur une observation de rupture utérine communiquée par M. le docteur Mavel, d'Ambert. L'accident eut lieu pendant le travail de l'enfantement et fut suivi du passage du fœtus dans la cavité péritonéale. L'accouchement, qui put être

terminé par les voies naturelles, eut une heureuse issue pour la mère.

Des remercîments seront adressés à M. Mavel pour son intéressante communication, et le rapport de M. Danyau, qui en renferme une analyse très complète, sera renvoyé au comité de publication.

**Modifications qui surviennent dans la circulation artérielle après l'oblitération d'une grosse artère.**

M. Gerdy. Dans la dernière séance, M. Verneuil vous a présenté une pièce fort curieuse d'oblitération de l'artère fémorale ; à ce sujet, je veux vous faire part de quelques considérations qui ont échappé à M. Verneuil. J'ai examiné, le compas en main, les artères des deux côtés, et j'ai été frappé de quelques différences de diamètre qui doivent nécessairement influer sur les lois de la circulation.

Sur la pièce de M. Verneuil, l'artère fémorale est oblitérée depuis l'épigastrique et l'iliaque antérieure jusqu'à 35 millimètres au-dessous. Les iliaques droite et gauche ont les diamètres transverses suivants :

*Iliaques primitives à leur naissance :*

La droite, 9 millimètres; la gauche, 13 millimètres.

*A leur terminaison :*

La droite, 11 millimètres ; la gauche, 12 millimètres;
L'iliaque externe droite, 4 millimètres ; la gauche, près de 9;
L'iliaque interne droite, 9 millimètres ; la gauche, 6.

D'après ces chiffres, on voit que l'iliaque primitive droite est plus longue et moins grosse que la gauche ; que l'iliaque externe droite est plus faible que la gauche ; que l'iliaque interne droite est plus forte d'un tiers seulement que la gauche ; mais que les iliaques externe et interne droites réunies n'égalent pas les artères du côté opposé. Il doit donc passer plus de sang dans les artères du membre gauche que dans celles du côté droit.

A la simple vue, l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent plus volumineuses à gauche qu'à droite, et l'obturatrice droite plus forte que la gauche. La fessière, la honteuse interne et l'ischiatique droites sont à peine plus fortes que celles du côté opposé ; mais

leurs divisions sont plus nombreuses, leurs anastomoses plus marquées. Il est fâcheux qu'en préparant cette pièce toutes les branches du membre gauche n'aient pas été conservées comme à droite. Si un cas analogue se représentait, ce serait une précaution qu'il ne faudrait pas négliger de prendre pour mieux se rendre compte des différences survenues dans les artères des deux côtés; néanmoins, la pièce de M. Verneuil est encore très concluante.

Ainsi, on est d'abord frappé de l'étroitesse de l'iliaque externe placée immédiatement au-dessus de la fémorale liée et terminée aussi par l'épigastrique et l'iliaque antérieure non oblitérées, mais plus faible que les artères correspondantes du côté gauche. J'ignore pourquoi cette artère est rétrécie, et comment elle n'a pas été dilatée par les efforts du sang artériel qui n'y trouvait plus d'issues faciles. Je remarquerai seulement que l'épigastrique et l'iliaque antérieure semblent s'être difficilement prêtées à l'augmentation de leur circulation. Cela tient-il à ce que, communiquant avec les lombaires, les intercostales et les mammaires internes, leur circulation a éprouvé trop d'opposition de la part de ces artères?

On comprend mieux que la dilatation des iliaques primitives, externe et interne gauches soit plus considérable que celle des artères du côté opposé, bien que les collatérales du côté droit soient elles-mêmes plus volumineuses que dans l'état normal; cela est dû au mécanisme des résistances du cours du sang. On sait que les quantités de sang qui passent dans les artères d'un volume égal sont en raison inverse des résistances que le sang y éprouve; c'est ce qui a eu lieu dans le fait de M. Verneuil. L'artère crurale droite étant oblitérée, il en est résulté des obstacles à la circulation dans le membre de ce côté; et bien que les collatérales de ce membre fussent plus ouvertes à la circulation que dans l'état normal, puisqu'elles déversaient librement leur sang dans les collatérales inférieures et dans la fémorale au-dessous de la ligature, leur insuffisance de calibre a forcé le sang à refluer dans le membre gauche et vers les parties supérieures, où la résistance était moindre, au-dessus de l'oblitération de la fémorale : de là une dilatation générale de l'artère d'une manière plus ou moins sensible. C'est peut-être parce que depuis longtemps on n'a pas eu une idée bien juste sur ce qui se passait dans ces circonstances qu'on n'a pas reconnu plus tôt ces dilatations étrangères aux artères collatérales.

C'est ce que j'ai désigné sous le nom de circulation refluente, phénomène physiologique qui pourrait peut-être expliquer quelques-uns des cas primitifs ou consécutifs qui accompagnent la ligature d'artères un peu volumineuses, comme la gangrène ou les congestions cérébrales ou pulmonaires.

Ces modifications dans la circulation à la suite des ligatures d'artères ne me semblent pas avoir été envisagées sous leur véritable point de vue : c'est pour cela que j'ai cru devoir faire ces observations.

M. Cullerier demande si des recherches ont été faites pour constater si l'afflux plus considérable du sang dans ces circonstances n'augmente pas le développement de la chaleur.

M. Gerdy répond que ses recherches n'ont pas porté sur ce point.

**Ligature de l'artère carotide primitive droite à la suite d'une plaie par instrument tranchant.**

M. Michon. Comme je rentrais hier vers les deux heures, j'ai été appelé pour un cas de blessure artérielle accompagnée de circonstances assez insolites.

Voici le fait.

Une ouvrière des environs de la montagne Sainte-Geneviève ne voulant plus avoir de relations avec un jeune homme, celui-ci résolut de se venger; étant entré dans l'atelier où elle travaillait, il lui enfonça à la partie inférieure droite du cou un couteau qui pénétra obliquement au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien : après cette action, il se brûla la cervelle. Sur-le-champ le sang jaillit en abondance, la malheureuse femme eut encore assez de force pour courir, traverser la rue, et entrer chez un pharmacien, où elle reçut les premiers soins de M. le docteur Picard et de plusieurs autres médecins.

Lorsque j'arrivai, je trouvai la malade étendue sur un matelas dans une arrière-cour. Notre confrère Picard avait de suite introduit son doigt dans la plaie, et, par une compression habilement faite, était parvenu à arrêter l'hémorrhagie.

Je m'agenouillai près de la malade, qui était presque exsangue; j'examinai le cou, qui était déformé par une quantité notable de

sang épanché sous les téguments; j'introduisis à mon tour mon doigt dans la plaie, pour connaître sa direction et chercher quel était le vaisseau lésé. Dans ce moment, un jet de sang vermeil s'échappa hors de la plaie : il n'y avait pas de temps à perdre. Pour me donner plus de facilité, je débridai en haut la plaie, qui pouvait avoir 2 centimètres d'étendue, et je fis une seconde incision sur la ligne médiane, parallèle à la trachée, suivant le procédé de M. King; j'allais autant à la recherche du tronc brachio-céphalique que de l'artère carotide.

L'infiltration sanguine, comme vous le pensez, gênait beaucoup pour bien établir les rapports. J'avais porté l'indicateur gauche en arrière, de telle sorte qu'en soulevant les parties je comprimais en même temps l'artère lésée. Une première fois, je portai une ligature, croyant saisir l'artère; mais l'anse de fil n'ayant embrassé qu'une portion musculaire, peut-être du thyro-hyoïdien, je dus recommencer. Ce fut alors que je m'aperçus qu'il y avait deux jets de sang, l'un provenant du haut, et l'autre du bas. Cette circonstance redoubla mon courage; car je pensai que c'était la carotide primitive qui était coupée transversalement, et non le tronc brachio-céphalique. Ayant lié le bout supérieur en l'attirant, je me mis à la recherche du bout inférieur. A cet effet, je passai un stylet aiguillé en arrière en rasant le bord du sternum, et l'artère fut étreinte. Cette opération présenta plus d'une difficulté : j'étais gêné par la position et par la malade qui criait et était très agitée. Lorsque la ligature fut terminée, la quantité de sang noir qui s'écoulait me fit craindre que quelque veine importante n'eût été lésée. Ce matin j'ai vu cette malade, que j'ai fait transporter à la Pitié, dans mon service; son état général est assez satisfaisant. Il est possible qu'elle guérisse si la ligature du bout inférieur n'est pas trop près du tronc brachio-céphalique. Une fois les premiers accidents passés, nous aurons à craindre ceux qui peuvent survenir à la chute de la ligature.

En terminant, je ferai remarquer qu'entre l'accident et la ligature il s'est passé un temps assez considérable, pendant lequel la malade a perdu beaucoup de sang. Une des circonstances qui ont pu empêcher une plus grande quantité de sang de s'échapper, ce sont l'obliquité de la plaie et les soins éclairés de plusieurs de nos confrères.

**Sur un cas de rupture de l'utérus.**

M. Danyau lit le rapport suivant :

M. le docteur Mavel, d'Ambert, a transmis à la Société une observation dont elle m'a chargé de lui rendre compte.

C'est un cas de *rupture utérine pendant le travail de l'enfantement* suivi du passage du *fœtus dans la cavité péritonéale*, dans lequel l'accouchement a pu être terminé par les voies naturelles et a eu une heureuse issue pour la mère.

Voici le sommaire de cette observation :

Une femme de trente-sept ans, mince, grêle, assez bien conformée, mais de très petite taille (1 mètre 36), qui de 9 enfants, dont deux jumeaux, n'en avait mis au monde que cinq vivants, était en travail depuis la veille, lorsque le 27 octobre 1851, à midi, dix heures après la rupture des membranes et l'écoulement d'une médiocre quantité de liquide amniotique, elle éprouva tout à coup, sans augmentation notable des douleurs et sans administration préalable de seigle ergoté, une sensation de déchirement accompagné d'un bruit distinctement entendu des assistants, et poussa un cri annonçant avec frayeur que quelque chose venait de se rompre dans son ventre et que son enfant avait changé de place.

La décoloration instantanée de la face, l'altération des traits, les vomissements qui se succédaient, le refroidissement de la peau, l'effacement presque complet du pouls, l'accélération de la respiration, la brusque cessation du travail, le déplacement de la tête du fœtus, qui, d'abord fixée au détroit supérieur et facilement accessible, ne pouvait plus être atteinte, dénotaient l'existence d'une rupture et le danger imminent qui menaçait les jours de cette malheureuse femme.

Mandé par son confrère M. le docteur Sabatier, M. Mavel ne put se rendre auprès d'elle que trois heures après l'accident. Après avoir constaté, outre les symptômes énumérés plus haut, la déformation du ventre offrant deux tumeurs distinctes, l'une à droite constituée par le fœtus, l'autre à gau-

che d'une moindre consistance formée par l'utérus, M. Mavel, parfaitement édifié sur le diagnostic et convaincu de la nécessité d'une intervention immédiate, rejette d'une part la gastrotomie comme trop dangereuse pour la mère et sans utilité pour l'enfant, dont le déplacement a entraîné la mort, de l'autre l'application du forceps comme impraticable, et opine pour la version. On lui confie le soin de l'exécuter.

« Introduisant, dit-il, la main droite, je refoule légèrement » la tête, qui est sur le bord droit de la fosse iliaque, et je » la sens disparaître dans le ventre; là ma main se trouve en » contact avec le cordon ombilical et avec une masse d'intes- » tins que je distingue du cordon en ce que le mésentère » m'empêche de les circonscrire. En suivant le corps de l'en- » fant, j'arrive, en portant la main dans la pronation forcée, » jusque sur les pieds, qui sont placés au-dessus de la ma- » trice, presque dans la région splénique; la flaccidité de la » matrice ne mettant point obstacle à la manœuvre, je puis » sans difficulté amener à la vulve l'enfant jusqu'à la tête, » qui seule offre quelques difficultés à raison de son grand » volume proportionnellement à l'étroitesse du bassin. »

Les suites furent merveilleusement simples. Nous trouvons dans les détails qui suivent et que l'auteur donne de douze en douze heures pendant les cinq premiers jours, que la peau se réchauffa peu à peu, que les vomissements cessèrent presque immédiatement, que l'altération des traits ne fut pas non plus de longue durée, que la fréquence du pouls diminua graduellement, que la respiration devint de plus en plus libre; que le ventre, douloureux plutôt par suite du météorisme que par toute autre cause, s'affaissa et s'assouplit de jour en jour, et que ces heureuses modifications furent dues au traitement le plus simple, à l'application longtemps continuée de fomentations sur le ventre, à l'usage d'abord de toniques diffusibles, puis de narcotiques en potion, à l'emploi de légers laxatifs, à une diète sévère.

Les détails cessent un peu brusquement. L'auteur, ayr

noté le 31 octobre et le 1er novembre un point douloureux à gauche, termine ainsi : « Les jours suivants, la diminution » des douleurs nous permet de percevoir dans le flanc gau- » che une tuméfaction considérable causée par la présence » des matières que la matrice y a laissées en se retirant, telles » que caillots de sang, eaux de l'amnios, méconium. A ces » corps étrangers, il faut ajouter la lymphe plastique sécrétée » par le péritoine enflammé. Nous avons pu chaque jour » suivre la diminution de cet engorgement, et aujourd'hui, » 1er décembre, nous avons la satisfaction de le voir disparu » en entier. La malade se lève plusieurs heures chaque jour; » le pouls bat 60 fois à la minute; l'appétit est bon; toutes » les fonctions s'exécutent à merveille, et tout nous fait espé- » rer que rien ne viendra rappeler les accidents inflamma- » toires que nous devions tant redouter. »

Le cas rapporté par M. le docteur Mavel est un fait nouveau à ajouter à ceux que la science possède déjà (1), et qui démontrent les avantages de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, lorsqu'à la suite d'une rupture il est passé dans la cavité péritonéale. Le succès dépend de la décision de l'opérateur, de la rapidité de l'exécution et des ménagements observés dans la manœuvre. Sous tous ces rapports, la femme dont vous venez d'entendre l'histoire ne pouvait tomber en de meilleures mains.

Les félicitations bien méritées que nous adressons à notre habile confrère ne doivent pas nous empêcher de signaler quelques regrettables lacunes dans l'intéressante observation qu'il nous a envoyée.

Et d'abord, quel était le siége de la rupture? Etait-elle au fond, au corps, au col de l'utérus? Est-il bien démontré qu'elle fût en un point quelconque de cet organe? N'était-elle pas plutôt à l'union de l'utérus et du vagin?

---

(1) Voyez notre Mémoire sur la rupture du vagin, etc. *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II.

Rien ne justifie l'idée d'une rupture de l'utérus proprement dite, ou au moins d'une rupture du corps. L'opérateur a-t-il dû franchir l'orifice utérin avant d'arriver à la crevasse? La main a-t-elle rencontré au delà une ouverture accidentelle plus ou moins resserrée qu'il lui a fallu traverser pour atteindre le fœtus dans la cavité péritonéale? Sur tous ces points, qui, bien connus, permettraient d'établir quelque chose de précis, l'observateur se tait absolument. Faut-il conclure à un oubli, ou ne doit-on pas plutôt admettre que notre confrère n'a rencontré ni orifice utérin, ni crevasse au delà de cet orifice, mais seulement au fond du vagin une large déchirure n'intéressant peut-être que l'union de ce canal à l'utérus, ou tout au plus avec une portion du canal, le col utérin, à une hauteur ou dans une étendue transversale plus ou moins considérable? Cette supposition, que je crois vraie, explique la facilité de la manœuvre, au moins en ce qui concerne l'introduction de la main et la version du fœtus. N'eût-on pas éprouvé plus de difficulté à franchir, trois heures après l'accident, une crevasse dont la déplétion et la rétraction de l'utérus auraient certainement diminué la largeur et bridé la circonférence? M. Mavel parle, il est vrai, de la flaccidité de la matrice, circonstance heureuse qui aurait permis à la main d'agir librement. Mais ce sont là des détails bien insuffisants, et qui laissent le lecteur tout au moins dans le doute relativement au point qu'il me semblait important de bien préciser.

En exprimant l'opinion que M. Mavel n'a pas tout à fait rencontré ce qu'il donne à entendre, et ce qu'il croit consciencieusement avoir trouvé, nous n'avons rien pensé et encore bien moins n'avons-nous rien voulu dire de désobligeant pour cet honorable praticien. Nous savons ce que fait naître tout d'abord de trouble dans l'esprit un cas de rupture des voies génitales compliquée du passage du fœtus dans la cavité du péritoine. Nous savons quelle est, au milieu de ces circonstances si graves, la préoccupation dominante de l'opéra-

teur, que, tout entier aux soins d'une délivrance dont la rapide exécution importe au salut de la mère, il peut bien ne pas prendre le temps de rechercher et de reconnaître ce qu'en toute autre occasion il n'oublierait pas de constater, et nous sommes d'avis que le succès l'absout aux yeux de l'art d'omissions qui ne laissent pas pourtant d'être regrettables pour la science.

C'est à ce point de vue, et tout en rendant justice, comme nous l'avons déjà fait, à la conduite de M. Mavel, que nous avons dû signaler le vague et l'insuffisance des détails sur le point capital de son observation. Ajoutons que nous ne sommes pas mieux renseignés sur l'étendue, la direction de la déchirure, et qu'il n'est pas davantage fait mention du côté antérieur, postérieur, droit ou gauche, qui avait subi cette grave lésion.

Si nous avons cherché à expliquer et à excuser quelques-unes des omissions de l'honorable médecin d'Ambert, il en est d'autres qu'il ne nous semble pas possible d'atténuer. Un renseignement qu'il n'aura pas manqué de prendre et qu'on regrette de ne pas trouver dans le récit des circonstances qui ont précédé la rupture, c'est l'état de l'orifice. Etait-il rigide ou souple? Quels progrès la dilatation avait-elle faits? L'indication de ces détails nous aurait peut-être permis, sinon de suppléer à l'absence de ceux qui nous manquent sur le siége, la direction, l'étendue de la déchirure, du moins d'ajouter aux présomptions que nous avons énoncées et peut-être déjà assez bien établies.

Dans une observation comme celle du docteur Mavel, devait-on se contenter de signaler l'étroitesse du bassin; le degré de la viciation n'aurait-il pas dû être indiqué? Les dimensions de l'enfant, également passées sous silence, n'importaient pas moins, et le sexe lui-même, auquel, depuis les remarques de Clarke, de Collin, et surtout de Simpson, on attribue une certaine influence sur les ruptures de l'utérus et du vagin, aurait dû être noté.

Il n'est pas question dans l'observation de M. le docteur Mavel d'hémorrhagie, cette complication fréquente des ruptures de l'utérus. Est-ce encore un oubli, ou bien n'y a-t-il eu qu'un écoulement de sang insignifiant? L'absence d'hémorrhagie serait pour nous une nouvelle présomption en faveur d'une simple rupture du vagin, une présomption, disons-nous, et rien de plus; car une rupture de l'utérus peut ne s'accompagner que d'un écoulement de sang médiocre, et exceptionnellement une rupture du vagin seul peut se compliquer d'une hémorrhagie véritable.

Cette absence de l'hémorrhagie, en supposant même que les lèvres de la déchirure n'eussent fourni qu'une quantité peu considérable de sang, se concilie mal avec la flaccidité de la matrice, à moins qu'on n'admette que le placenta fût resté adhérent à sa surface naturelle d'implantation et que le plus petit décollement ne se fût pas opéré pendant les trois heures qui s'écoulèrent depuis l'accident jusqu'à l'arrivée de M. Mavel. Or, non-seulement cela est peu probable, mais il est au contraire presque certain que le placenta, plus ou moins promptement décollé, aura été facilement expulsé, après l'enfant, de la cavité de l'utérus dans celle du péritoine. On s'étonnera sans doute de nous voir accumuler ces suppositions; mais toutes ces conjectures, dont quelques-unes, nous l'avouons, peuvent bien n'être pas vraies, une description plus circonstanciée nous les eût épargnées. N'est-il pas bien regrettable, par exemple, que l'auteur n'entre, relativement à la délivrance proprement dite, dans aucun détail? «*La délivrance terminée*, dit-il, la malade fut reportée dans son lit.» Telles sont, sur ce point, ses seules paroles: laconisme excessif qui équivaut presque à un silence absolu.

Nous craignons que M. Mavel n'ait pas été parfaitement renseigné sur toutes les circonstances qui ont précédé la rupture. Rien n'avait été observé, rien du moins ne lui fut communiqué relativement au caractère des douleurs. Les symptômes de la rupture éclatèrent sans augmentation p

sans modification sensible ou du moins constatée de ces douleurs, circonstance tout à fait exceptionnelle, et fort intéressante à opposer à ce que le travail présente sous ce rapport de caractéristique dans l'immense majorité des cas. Elle prouverait, s'il n'y a pas encore ici quelque inexactitude ou quelque omission, que le praticien le plus attentif peut être surpris par l'apparition subite et sans phénomènes précurseurs du terrible accident qui a failli coûter la vie à la femme d'Ambert, et que, s'il est des cas où le médecin averti par quelque prodrome peut utilement recourir à des moyens préventifs, il en est d'autres qui mettent en défaut la vigilance la plus exacte et la plus éclairée.

Il nous reste une dernière remarque à faire : elle est relative à cette tuméfaction considérable découverte au bout de quelques jours dans le flanc gauche, et que M. Mavel attribue à l'épanchement dans le ventre de caillots sanguins, de liquide amniotique et de méconium. En admettant qu'un épanchement fût réellement la cause de cette tuméfaction, il me paraît bien difficile d'accorder à notre confrère que les matières épanchées fussent celles qu'il a indiquées. Pour du sang liquide ou en caillots, point de doute assurément; mais pour du liquide amniotique et du méconium, je n'y crois guère, et M. Mavel me paraît avoir fait, à cet égard, une supposition gratuite que repoussent également l'expérience et le raisonnement. Il y avait dix heures déjà que les membranes étaient rompues, et il est probable qu'au moment de cette rupture tout le liquide amniotique se sera écoulé. En tout cas, l'élévation de la tête, que le rétrécissement du bassin retenait au-dessus du détroit supérieur, aura facilité l'écoulement de ce qui restait après le premier flot, et l'évacuation n'aura pas tardé à être complète. Au moment de la rupture il ne devait plus rester d'eau dans l'amnios, et il n'a pu, par conséquent, s'en épancher dans la cavité péritonéale. D'ailleurs, si la rupture existait dans un point déclive, et à plus forte raison si elle avait eu lieu à l'union de l'utérus

et du vagin; ce qui restait de liquide, obéissant à son propre poids, ne se serait-il pas écoulé par la vulve?

L'épanchement du méconium, qui n'a été constaté dans aucun cas, à ma connaissance du moins, me paraît encore bien plus inadmissible. Que sous l'influence d'un long et pénible travail, d'une congestion cérébro-spinale prolongée, l'enfant rende une certaine quantité de méconium, c'est un fait de physiologie pathologique bien connu, et qui a fourni autrefois et fournit encore au praticien d'importantes indications. Mais peut-on comparer la souffrance croissante du fœtus que cet écoulement manifeste avec l'angoisse subite et la mort presque instantanée qui résultent de son passage à travers une large solution de continuité, dans la cavité péritonéale? Simplement menacé dans le premier cas, foudroyé dans le second, sont-ce là des circonstances comparables, et ce qui advient dans l'un doit-il advenir dans l'autre? Nous ne le pensons pas; et l'examen des cadavres n'a jamais, en effet, révélé l'épanchement que M. Mavel suppose. Notre confrère a-t-il bien songé, d'ailleurs, aux conséquences d'un épanchement de cette nature? S'il en eût été ainsi, une péritonite mortelle ne se serait-elle pas développée, et l'art, au lieu d'un nouveau succès dont il peut à bon droit se glorifier, n'aurait-il pas eu encore un malheur à déplorer?

Arrêtons-nous ici, messieurs, et sans plus rien mettre en question, bien que nous eussions pu nous demander peut-être si ce que M. Mavel indique comme le résultat d'un épanchement n'aurait pas été plutôt un phlegmon consécutif dans le voisinage de la rupture, terminons comme nous avons commencé, en payant un juste tribut d'éloges au bon jugement, à la prompte décision et à l'habileté de notre confrère d'Ambert.

Les conclusions que nous avons l'honneur de vous proposer sont les suivantes :

1° Adresser à M. Mavel une lettre de remercîments pour son intéressante communication;

2° Insérer son observation dans les Bulletins de la Société.

— A cinq heures et demie la Société se réunit en comité secret pour l'examen de plusieurs propositions.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 11 *août* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal. Je demanderai la parole pour faire remarquer à la Société que, dans le travail que je lui ai lu sur le chloroforme, je me suis abstenu de formuler aucune des indications de son emploi dans la médecine opératoire oculaire. Si j'étais entré dans cette voie, je dois dire à la Société que j'y aurais été précédé par M. Jungken, de Berlin, qui a traité des indications du chloroforme dans les opérations à pratiquer sur les yeux.

Mon travail ne porte que sur les phénomènes physiologiques oculaires pendant l'action du chloroforme. C'est une étude qui peut et doit régulariser les indications de son emploi; mais enfin il est de mon devoir de dire que ces indications mêmes ont été données, d'une manière fort contestable à la vérité, par M. Jungken.

**Amputation du pied par le procédé de Lisfranc.**

M. Chassaignac présente à la Société une malade à laquelle il a pratiqué, il y a deux ou trois mois, l'amputation partielle du pied par le procédé de Lisfranc. Il s'agissait d'un cas de gangrène par congélation.

Le but de la présentation est de faire constater

1° L'équilibre parfaitement exact qui existe entre l'action des muscles de la partie postérieure et ceux de la partie antérieure de la jambe. L'absence par conséquent de toute rétraction du tendon d'Achille et la direction rigoureusement perpendiculaire, au repos, de la jambe sur la portion tarsienne du pied;

2° Dans la marche, qui est possible chez cette malade sans le se-

cours d'aucun appareil prothétique, toute la portion du pied qui a été conservée porte très exactement sur le sol dans toute sa longueur. De plus, le premier cunéiforme reste étranger à cette sustentation, qui a pour principal agent le bord externe du tarse.

### Correspondance.

M. le docteur Rigal (de Gaillac) écrit pour remercier la Société de la nomination de membre correspondant.

M. le docteur Bowman (de Londres) adresse également des remercîments à l'occasion du titre d'associé étranger qui lui a été conféré.

M. le docteur Risk (de Glascow) écrit à la Société pour l'informer que dans peu il lui adressera plusieurs travaux originaux.

M. le docteur Borelli (de Turin) adresse à la Société un travail sur les injections iodées et plusieurs observations imprimées sur le même sujet. Ces travaux sont renvoyés à la commission chargée de faire un rapport sur les diverses préparations d'iode employées en injection. M. Follin est adjoint à la commission.

M. Danyau dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine et médecin de l'hôpital français à Smyrne, une observation de carie et de nécrose du tibia, avec ablation totale du corps de cet os, suivie de guérison. MM. Laborie, Forget et Giraldès sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

*On femoral rupture, its anatomy pathology and surgery with a new mode of operating applicable to cases of strangulated hernia generally;* par le docteur John Gay.

*Vierteljahrschrift für die Praktische Heilkunde herausgegeben von der medicinischen facultat in Prag*, red. a Pr Halla und Dr Harner.

### Grossesse anormale.

M. Huguier communique en entier toute l'observation de grossesse anormale dont il avait déjà entretenu la Société. Cette observation est renvoyée au comité de publication.

M. Danyau demande que quelques rectifications soient faites à cette observation.

M. Huguier. Je ne voudrais pourtant pas quitter ce sujet sans signaler à votre attention une disposition particulière du col de

l'utérus chez certaines femmes enceintes pour la première fois. Cette disposition a peut-être été la cause d'erreurs graves dans les premiers mois de la grossesse. Quatre fois déjà j'ai rencontré sur trois jeunes femmes, deux fois chez la même, un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. A deux mois et demi, le corps de l'utérus s'élevait à 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis; le doigt porté dans le vagin ne pouvait que très difficilement, et en refoulant le périnée en arrière, arriver jusqu'à lui : il fallut, chez l'une de ces femmes, que la main gauche appliquée sur l'hypogastre le déprimât vers la vulve pour que le doigt explorateur le sentît.

Par le toucher vaginal, on reconnaissait que la partie du col située au-dessus de l'insertion du vagin était allongée, résistante, cylindrique, non évasée, excepté tout à fait à la partie supérieure. La portion sous-vaginale (museau de tanche) était restée conoïde, elle était un peu plus longue qu'à l'état normal; la lèvre postérieure descendait un peu plus bas que la lèvre antérieure, de telle sorte que la surface inférieure du col était dirigée obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. La totalité du col était courbée, elle offrait une concavité en avant. Le sommet, au lieu d'être en arrière, regardait l'arcade du pubis; il en résultait que cette portion de l'utérus ressemblait à un bec d'aiguière. Il y avait donc, chez ces femmes, élévation du corps de l'utérus, hypertrophie et antéflexion du col.

**Instruments nouveaux ou modifiés.**

M. Chassaignac présente quelques instruments qu'il a fait construire par M. Mathieu, et qui satisfont à certaines indications du manuel opératoire jusqu'ici négligées. Ces instruments sont :

1° Un spéculum de la bouche, qui permet de placer sans difficulté l'amygdalotome de Fanestock, même sur des sujets indociles.

2° Une aiguille à manche, dite *aiguille à résection*. Toutes les aiguilles à manche et dont le chas est fermé ne peuvent s'adapter à certaines exigences du manuel opératoire, parce qu'on est obligé, quand on veut dégager l'aiguille, de défiler le fil dans toute sa longueur; on remédie à cela en employant des aiguilles dont le chas est fendu en œil de perdrix, mais on a alors l'inconvénient d'accrocher les tissus avec les bords de la fente pratiquée à l'œil de

l'aiguille. Il fallait parer à cet inconvénient : c'est ce qui a été fait par un mécanisme de clapet dans l'aiguille à résection, telle que vous la voyez.

3° Une algalie ou sonde urétrale ordinaire, dans laquelle, à l'emploi de la vis comme moyen d'articuler les deux pièces de l'instrument, on a substitué un mécanisme analogue à celui d'une douille de baïonnette.

Les avantages résultant de cette modification seraient de diminuer beaucoup moins que dans les algalies à vis le calibre de la sonde, d'éviter tout cliquetis capable de troubler dans l'exploration diagnostique de la vessie, de permettre un maniement plus prompt pour la jonction des deux pièces, d'éviter l'usure rapide du métal inhérente au mécanisme de la vis.

M. Larrey. Je demanderai à notre collègue si l'aiguille qu'il vient de nous présenter n'offre pas quelque analogie avec celle que Fauraytier, ancien et regrettable élève des hôpitaux civils, avait imaginée pour la staphyloraphie et pour quelques autres sutures.

M. Chassaignac. La différence entre l'aiguille de Fauraytier et la mienne consiste en ce que, dans la première, le fil ne se dégage pas du chas de l'aiguille ; c'est celle-ci qui, étant très courte, passe tout entière à travers le tissu qu'on veut ligaturer et devient libre par delà le trou qu'elle a fait, ce qui oblige ensuite à la défiler. Dans l'aiguille à résection, au contraire, l'instrument est tout d'une pièce, et le fil peut être dégagé du chas de l'aiguille par un simple mouvement de traction. L'aiguille de Fauraytier ne peut s'appliquer qu'à des membranes peu épaisses, tandis que l'aiguille à résection peut servir à contourner des os volumineux et traverser de grandes épaisseurs de tissus. Le principe de construction diffère essentiellement.

— A cinq heures, la Société se réunit en comité secret.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

## *Séance du* 18 *août* 1852.

**Présidence de M. Guersant.**

### De l'emploi des agents anesthésiques pour calmer des douleurs survenues à la suite d'une lésion du nerf sciatique.

M. Debout présente un jeune homme blessé d'un coup de feu dans les événements de décembre ; c'est le malade sur lequel M. Huguier avait appelé l'attention de la Société dans la séance du 3 mars dernier, à propos de douleurs atroces survenues dès le lendemain de l'accident dans tout le membre blessé. La sensibilité avait été portée à ce point que le moindre mouvement, le moindre ébranlement mettaient le blessé hors de lui ; il n'y avait pas de paralysie. Tous ces accidents, qui avaient cessé en grande partie à la suite de la ligature de l'artère fémorale, reparurent bientôt avec une nouvelle intensité ; en vain tous les narcotiques furent-ils employés, aucune amélioration ne fut obtenue (on pourra se faire une idée de l'emploi qu'on en fit, car en laudanum seul il y eut pour plus de 150 fr. de dépense). Quelquefois le malade éprouvait un calme passager en passant sur le membre blessé une éponge imbibée d'eau fraîche.

Tel était l'état du blessé lorsque M. Huguier demanda un avis à la Société. M'étant rendu au désir de notre collègue, je constatai une névralgie sciatique double : dans le membre gauche, l'affection dépendait de la blessure du nerf sciatique ; au membre droit, elle s'était montrée sympathiquement. Des deux côtés, les douleurs étaient bien plus vives dans la partie du pied qui reçoit les extrémités terminales du nerf poplité externe. J'employai une pommade anesthésique dans laquelle entrait seulement l'éther chlorhydrique chloré. Dans la séance suivante (10 mars), il a été dit, à propos de ce blessé : « M. Huguier a employé une pommade anesthésique, etc. Elle n'a eu qu'un effet passager, elle n'agissait qu'au point de contact ; au-dessus et au-dessous, la douleur était la même. » N'étant pas à la séance à ce moment, je ne pus donner quelques explications ; aujourd'hui j'ajouterai que le malade, sous le bénéfice de l'emploi de ce moyen, put quitter son lit, dont il ne

bougeait pas depuis trois mois. Je n'avais pas encore atteint le but que je me proposais, probablement parce que les moyens n'étaient pas assez actifs. J'ajoutai donc à l'action de l'éther chlorhydrique celle du cyanure de potassium, et dès lors la cure marcha plus rapidement. Voici la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Ether chlorhydrique. . . . . | 6 | grammes. |
| Cyanure de potassium. . . . . | 4 | — |
| Axonge récente. . .. . . . . | 30 | — |

Suivant le précepte de Cotugno et de M. Robert dans le traitement de la sciatique, ce fut sur le dos du pied que je fis les applications de la pommade. Au bout de quinze ou dix-huit jours de ces applications, les douleurs avaient entièrement cessé ; le malade restait toute la journée dans un fauteuil, la jambe étendue.

Cette observation me semble intéressante : 1° par le fait d'une névralgie sympathique survenue dans le membre qui n'avait pas été blessé ; 2° par l'emploi heureux des agents anesthésiques borné aux extrémités terminales du nerf atteint. Les applications furent d'abord bornées au dos du pied gauche; elles amendèrent la névralgie de ce côté et même celle du membre opposé : ce n'est que plus tard, afin d'agir plus rapidement, lorsque je vis l'amélioration se prononcer, que je fis faire également des applications sur le pied droit.

Un autre point sur lequel j'ai voulu à mon tour appeler l'attention de la Société, ce sont les suites de la blessure du nerf sciatique. L'action traumatique paraît avoir porté principalement sur les fibres du sciatique qui vont constituer le poplité externe; or voici maintenant ce qui en est résulté. L'attitude du pied est celle de l'extension forcée sur la jambe avec adduction légère ; elle est le résultat de l'absence d'innervation des muscles tibiaux antérieurs et postérieurs. L'éxcitation électrique, localisée dans ces muscles, ne provoque point leur contraction ; mais si les contractions sont nulles dans tous les muscles qui sont sous la dépendance du nerf poplité externe, elles sont complètes dans les muscles où se distribue le poplité interne.

Vous vous rappelez que, dans le travail que je vous ai lu sur les paralysies traumatiques, j'ai dit que, toutes les fois qu'un nerf était le siége d'une lésion matérielle, les muscles qu'il anime perdaient

leur irritabilité et ne répondaient plus à l'excitation électrique ; ce fait en est une preuve. Maintenant, quel sera le traitement à suivre ? Bien que j'aie la conviction que l'emploi de l'électricité sur des muscles atteints de paralysie peut à elle seule triompher d'une attitude vicieuse, comme ce moyen n'est plus aujourd'hui en expérimentation, afin de déterminer plus promptement la guérison de ce malade, j'ai cru devoir user chez lui d'un appareil orthopédique qui vînt empêcher une déviation plus prononcée du pied, pendant qu'avec la galvanisation on chercherait à ramener la contractilité tonique dans les muscles paralysés jusqu'à ce qu'ils puissent faire équilibre à leurs antagonistes.

Plus tard, je me propose de présenter de nouveau ce malade à la Société, lorsqu'il sera entièrement guéri.

**Plaie d'arme à feu intéressant la face et l'intérieur de la cavité buccale.**

M. Marjolin. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui, dans un moment d'oubli, s'est tiré un coup de pistolet dans la bouche : l'accident est arrivé le 19 juillet, dans la soirée. L'arme dont il s'était servi était un pistolet de poche chargé avec un cube de soudure d'étain d'un centimètre passé de diamètre. Le canon du pistolet était placé dans l'intérieur même de la bouche et dirigé vers le pharynx, mais en relevant légèrement, de telle sorte que le coup de feu a porté principalement sur la luette, les deux piliers du voile du palais et la portion la plus reculée de la voûte palatine. Sur l'instant même, le malade rendit une assez grande quantité de sang par le nez et par la bouche. En peu de temps les lèvres et la langue se tuméfièrent, de telle sorte que la parole devint impossible et la déglutition très gênée.

Lorsque je vis le malade le matin à la visite, je le trouvai tout défiguré. La peau des lèvres était fendue dans plusieurs points, comme si elle eût été directement contuse ; dans plusieurs de ces points, la membrane muqueuse correspondante était intacte. La lèvre inférieure pendait détachée au niveau des deux commissures par une plaie intéressant toute l'épaisseur des tissus. Aucune des dents n'était brisée. Je cherchai à m'assurer de l'état de la voûte palatine et des parties situées plus profondément ; mais j'eus beaucoup de peine à introduire mon petit doigt entre les arcades den-

taires, qui ne laissaient qu'un passage assez étroit. En regardant avec une lumière le fond de la bouche, on ne voyait que la langue tuméfiée, noircie par la poudre et du sang desséché. Au niveau de la paupière gauche et de l'apophyse malaire, il y avait une large ecchymose. Nulle trace, du reste, de fracture des os de la face.

Malgré l'état de gonflement des lèvres, je n'hésitai pas à réunir les deux principales plaies ; je passai donc trois aiguilles à la commissure gauche et deux à celle du côté droit.

Une saignée ayant été pratiquée lors de l'entrée du malade, dans la nuit je me contentai de le mettre à l'usage des boissons délayantes, de prescrire des applications d'eau fraîche sur la face et de prévenir le développement d'accidents inflammatoires par l'emploi de moyens convenables.

Pendant les premiers jours, le malade eut de la céphalalgie, de la fièvre ; une salive épaisse, un peu sanguinolente s'échappait de la bouche entr'ouverte. Peu à peu l'inflammation et le gonflement diminuèrent. L'exploration de la bouche démontra que la voûte palatine était lésée en arrière.

Le cinquième jour, je retirai les aiguilles : la réunion était complète à droite ; mais à gauche, dans un point, elle n'était pas opérée. Je soutins alors la lèvre avec une fronde, et je fis continuer les applications d'eau fraîche.

Depuis, lorsque la tuméfaction de la langue eut diminué, nous pûmes examiner le fond de la bouche. La luette tenait par un pédicule très faible ; de ses deux côtés partait une plaie irrégulière se prolongeant sur les deux piliers antérieurs du voile du palais, principalement du côté gauche. A cette époque, les mouvements de la mâchoire étaient douloureux, et il y avait de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

La septième jour après l'accident, le blessé, en crachant, rendit quelques portions d'eschares et le morceau d'étain qui, suivant toute probabilité, était resté enclavé dans la partie postérieure de la voûte palatine.

Depuis, à part quelques petits accidents fébriles dus au travail d'élimination de quelques esquilles, le malade s'est rétabli promptement. La tuméfaction des lèvres et des parties environnantes a entièrement disparu ; partout la réunion est complète ; il ne reste d'autres traces qu'une série de lignes rouges analogues à celles qui

résulteraient d'une plaie par instrument tranchant encore récente. Lorsqu'on examine la bouche, on voit que la voûte palatine n'est nullement déformée. Au-devant du voile du palais, on voit un sillon transversal passant au niveau de la base de la luette et gagnant les deux piliers antérieurs. C'est le côté droit qui a le plus souffert; tout le pilier de ce côté a été déchiré, et malgré cela la réunion est complète. Deux petites brides s'étendent de ce point vers la partie latérale interne de l'os maxillaire inférieur. Ce matin j'ai encore extrait une portion d'os de la partie postérieure de la voûte palatine. Malgré cette mutilation, le malade parle très bien; les mouvements de déglutition ne sont nullement gênés, et la réunion des parties molles a été complète sur tous les points.

On peut conclure de ce fait :

1° Que dans certains cas, bien que l'explosion d'une arme à feu ait lieu dans la bouche, la peau des lèvres peut être déchirée de dehors en dedans;

2° Que, dans quelques plaies par arme à feu, on peut encore obtenir des réunions par première intention, lors même que la suture n'est pratiquée qu'un assez long temps après l'accident.

3° Qu'ici, comme dans des plaies faites par le chirurgien sur le voile du palais, la réunion peut avoir lieu par les seuls efforts de la nature.

**Fracture comminutive de la jambe gauche. Fracture de la cuisse droite. Réunion par un cal latéral.**

Le second malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, garçon de ferme, d'une solide constitution. Etant occupé, le 7 mai 1852, à charger des poutres sur un fardier, le levier qui sert à soulever le bois n'étant plus retenu par la corde, qui venait de se rompre, l'atteignit et lui fracassa la jambe gauche, la cuisse droite, et de plus donna lieu à un énorme épanchement de sang dans le côté droit du tronc. Cet homme, qui a échappé à des accidents fort graves, présente ceci de remarquable, c'est que, malgré une saillie latérale très prononcée du fragment supérieur du fémur, il y a à peine un centimètre de raccourcissement; il y a eu chez lui très probablement une consolidation, non pas bout à bout, mais par une jetée osseuse latérale, comme dans les greffes naturelles par approche. Il s'est passé

là un phénomène de consolidation analogue à celui que vous voyez sur cette pièce, que je dois à l'obligeance de mon ami M. le docteur Kresz. Vous avez tous eu occasion de voir, dans les musées, des consolidations de ce genre; mais presque toujours elles sont accompagnées d'un raccourcissement considérable.

### Tumeur du sinus maxillaire.

M. Monod. Le malade pour lequel je viens vous demander un conseil est âgé de soixante-cinq ans. Comme vous le voyez, le côté droit de la face est déformé par une tumeur qui s'est développée dans le sinus maxillaire. Il y a trois mois environ que le malade a commencé à s'en apercevoir. La narine de ce côté est entièrement obstruée; elle a quelquefois donné passage à un peu de sang. Dans le but de m'éclairer sur la nature de la maladie, j'ai fait une ponction; elle n'a amené qu'un peu de sang; j'ai introduit un stylet et j'ai trouvé l'os dénudé. Dans cette circonstance, je désirerais que la Société voulût bien donner son avis et sur la nature de la maladie, et sur le parti qu'il faut suivre.

M. Gerdy. J'ai eu occasion d'opérer à la Charité un malade ayant une tumeur analogue; elle avait chassé l'œil en avant, et faisait saillie dans la narine; son aspect était celui d'un polype. Je l'attaquai par la narine, afin de juger sa nature et ses rapports. La portion que j'enlevai ressemblait assez à un polype muqueux, mais elle était plus dense. J'introduisis alors mon doigt dans la narine, et voyant qu'elle provenait du plancher de l'orbite, je pratiquai une incision au niveau du repli de la paupière. Le sinus étant largement ouvert, il me fut facile d'arracher le reste de la tumeur avec une pince. La tumeur était plutôt de nature cancéreuse. Chez ce malade, le nerf sous-orbitaire fut détruit. Dans plusieurs points de la joue il y avait de la paralysie. Plus tard le nerf facial se paralysa, et l'occlusion des paupières devint impossible.

Chez le malade que M. Monod nous présente, si on peut introduire un doigt par la narine, l'opération sera plus facile. Bien que la voûte palatine soit saine, je crains que cette affection ne soit de mauvaise nature, et si on se décidait à l'opérer, il faudrait, je crois, l'attaquer par en bas.

M. Gosselin. J'ai eu occasion de revoir, ces jours derniers, à

l'Hôtel-Dieu, le malade opéré par M. Gerdy, et malheureusement j'ai pu constater la récidive de l'affection.

M. Monod. Lorsque j'ai examiné ce malade pour la première fois je ne voulais pas l'opérer. Je ne crois pas que l'affection ne date que de trois mois; il est probable qu'elle existait depuis plus longtemps, et qu'elle a ensuite fait une irruption subite. Ce qui m'a fait hésiter, c'est que la peau de la joue est altérée dans une grande étendue, que la fosse nasale est remplie et qu'on ne peut pas être certain d'enlever le mal jusque dans ses dernières racines. Du reste, si l'opération est pratiquée, il faudra enlever la paupière inférieure et une grande partie de la joue.

M. Robert. J'ai examiné le malade avec soin, et je crois qu'il s'agit d'un ostéo-sarcome. Je ne tiendrai aucun compte de l'époque à laquelle l'affection a débuté; mais comme le malade est vigoureux et que la voûte palatine me paraît saine, je crois qu'il ne faut pas laisser cet homme dans l'abandon; car l'affection ne peut que continuer ses ravages. Dans ce cas, on pourrait peut-être conserver l'arcade dentaire.

M. Marjolin. J'ai eu occasion, il y a quelques années, de faire, à l'hôpital Saint-Antoine, avec l'assistance de MM. Kapeler et Lenoir, l'ablation du maxillaire supérieur chez un homme d'une trentaine d'années, en apparence d'une bonne constitution. Après l'ablation de la tumeur, je portai un fer rouge dans le fond de la plaie, afin de détruire jusqu'aux derniers vestiges du mal. Quinze jours après, la plaie extérieure étant réunie, lorsque je portai le doigt dans la bouche pour examiner l'intérieur, je trouvai un énorme champignon qui avait repullulé. Je reculai devant une nouvelle opération, suivant moi inutile, et renvoyai, sur sa demande, le malade dans son pays. Lorsqu'on examine le nombre des tumeurs cancéreuses qui ont récidivé après l'ablation du maxillaire supérieur, on est tenté de s'abstenir, dans un bon nombre de cas, soit à cause de l'âge du malade et de l'incertitude où l'on est sur les limites de la maladie. Je crois que, dans les conditions où se trouve le malade de M. Monod, il serait préférable de s'abstenir.

M. Robert. Je crois qu'ici les limites sont assez restreintes et qu'on peut encore opérer. Si on abandonne le malade, ne peut-il pas se porter à quelque acte de désespoir? Deux fois j'ai vu des malades qu'on avait refusé d'opérer se suicider.

M. Huguier. Je voudrais qu'on fît un examen microscopique de la tumeur; car on peut avoir affaire à une simple hypertrophie des tissus, à une carie, à une nécrose des os; dans ces cas, il faudrait nécessairement agir, en conservant toutefois la voûte palatine. Si, au contraire, la tumeur est cancéreuse, mon avis est qu'il faut la respecter, non pas à cause de son étendue en profondeur, mais à cause de son étendue à l'extérieur; toute la peau de la joue est presque entièrement détruite; il n'y a pas d'autoplastie possible.

M. Gerdy. Assez récemment, j'ai eu occasion d'observer la même maladie chez un homme âgé d'une soixantaine d'années; la tumeur était très volumineuse et située du même côté. J'ai ouvert le sinus par sa partie déclive, ne sachant pas jusqu'où la maladie s'étendait; une partie de la paroi antérieure et la paroi interne étaient détruites; malgré ces désordres, je ne voulus pas enlever tout l'os et j'extirpai toute la tumeur, puis ensuite je portai le cautère dans le fond de la plaie. Malheureusement il survint de la diarrhée, et le malade succomba à la suite d'une entérite chronique. Cette perte me fut d'autant plus sensible que l'examen de la tumeur démontra qu'elle était de nature épithéliale.

M. Denonvilliers. Je crois que la tumeur est de nature cancéreuse et qu'elle occupe tout le sinus; le stylet que j'ai enfoncé a pénétré jusqu'à une profondeur de 6 centimètres; les tissus se laissaient facilement diviser; lorsque j'ai retiré le stylet, il était enduit d'une matière jaunâtre. Si M. Monod se décidait à opérer, je voudrais qu'il conservât la peau de la paupière malgré son amincissement et qu'il ouvrît ensuite le sinus comme M. Gerdy l'a proposé. Je crois, du reste, que c'est un malade voué à la récidive, et, quelque parti qu'on prenne, la mort ne doit pas être bien éloignée.

**Correspondance.**

M. le professeur Bérard adresse à la Société la lettre suivante et les trois premiers volumes de son *Cours de physiologie :*

« Monsieur le président,

» Quelques paroles beaucoup trop flatteuses pour moi, prononcées en séance publique par M. le professeur Larrey, m'enhardissent à solliciter une faveur depuis longtemps ambitionnée, mais ambitionnée en silence, parce que je n'y avais pas de titres suffisan

» Pour être autorisé à exprimer le vœu de prendre rang parmi les membres honoraires de la Société de chirurgie de Paris, il faudrait sans doute lui faire hommage de travaux plus importants et plus spéciaux que celui dont je dépose en ce moment un exemplaire sur son bureau. Mais la bienveillance dont vos collègues m'ont donné tant de témoignages et le nom d'un des fondateurs de votre Société viendront peut-être en aide à ma candidature.

» Agréez, je vous prie, monsieur le président, l'expression de mes sentiments affectueux et de ma haute considération. BÉRARD. »

Sur la proposition de M. Guersant, M. Bérard est nommé par acclamation membre honoraire de la Société.

M. le docteur Burgraeve, professeur à l'Université de Gand, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa demande est accompagnée d'un travail manuscrit sur l'entorse.

MM. Giraldès et Larrey sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

M. GIRALDÈS a la parole pour un rapport sur l'observation suivante adressée à la Société par M. le docteur Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine, médecin de l'hôpital français à Smyrne.

**Carie et nécrose du tibia. — Ablation du corps de cet os suivie de guérison.**

Messieurs, dit M. Giraldès, vous avez chargé M. Danyau et moi de vous faire un rapport sur une observation de carie et de nécrose du tibia. Voici cette observation telle que nous l'a envoyée notre honorable confrère; elle est trop intéressante pour ne pas être lue en totalité.

John Howship, sujet anglais, habitant une des baies de la partie anglaise de Terre-Neuve, voisine de ma résidence, attiré à Saint-Pierre pour affaire de commerce, me conduisit vers le commencement de l'hiver un de ses enfants, le jeune Peters, malade depuis longtemps et auquel il n'avait pu jusqu'à ce jour procurer les soins nécessaires.

Cet enfant, âgé de six à huit ans, né d'un père sain et vigoureux et d'une mère irlandaise, assujettie depuis plusieurs années à toutes les souffrances que la misère entraîne sous un climat aussi ri-

goureux, pouvant à peine, ainsi que son mari, pourvoir aux besoins les plus urgents de leur famille, cet enfant est le sixième des neuf qui la composent.

D'après les renseignements que Howship me donne, tous ou presque tous ses enfants ont été ou sont actuellement atteints de scrofules; deux d'entre eux ont succombé fort jeunes, et l'aîné, qui l'accompagne, présente les indices d'une phthisie pulmonaire arrivée à un degré très avancé.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation paraît être assez bien développé (ses parents sont mal fixés sur son âge réel); mais son teint est pâle et son facies porte l'empreinte de souffrances prolongées. Il est sujet à de fréquentes diarrhées, mais n'a du reste éprouvé dans son enfance que quelques angines et de légères bronchites, maladies presque permanentes dans ces malheureuses populations, surtout chez les enfants. Peters porte les stigmates de quelques anciens abcès au-dessous de la mâchoire inférieure de chaque côté, et une des ouvertures de l'avant-dernier de ces abcès, qui date de six mois, a laissé un pertuis fistuleux qu'avoisinent quelques ganglions cervicaux tuméfiés et un décollement peu étendu de la peau.

C'est à une chute, faite par son fils il y a un an, que Howship attribue l'origine de la maladie de la jambe; cette chute, dans laquelle la crête du tibia porta sur l'arête d'un banc de sa pirogue, détermina un gonflement considérable de la jambe avec inflammation, abcès, et finalement une ouverture en plusieurs points des parois de celui-ci, ouverture longtemps demeurée fistuleuse et enfin confondue par suite de l'érosion des téguments en une plaie suppurante unique avec dénudation de l'os.

La nécessité dans laquelle cet enfant s'est trouvé de prendre lui-même soin de la vaste plaie qu'il porte et les longues et cruelles souffrances qu'il a eues à subir paraissent lui avoir donné cette assurance et cette adresse qu'acquièrent souvent ces petits malheureux que l'incurie ou l'insensibilité de leurs parents laissent livrés à leur propre instinct. Peters déplace et replace fort adroitement et avec une précision remarquable les diverses pièces de son pansement d'après les souvenirs qu'il a conservés de celui que lui fit un jour le chirurgien d'un navire de pêche anglais et ses propres inspirations. Son appareil se compose de quelques brins de charpie

mêlés à une sorte de mousse mollette et de plusieurs doubles d'écorce de bouleau assujettis par le moyen d'une ligne de pêche.

Bien que quelques personnes indiscrètes, en conseillant au père de cet enfant de me l'amener, lui aient donné à entendre qu'il y aurait probablement nécessité d'amputation, le jeune Peters n'en paraît aucunement ému et exprime avec résolution le désir d'être débarrassé de son mal à quelque prix que ce soit, afin de pouvoir assister son père dans quelques-uns de ses travaux de pêche et ses fréquents voyages.

Voici dans quelles conditions se présente la maladie : une plaie oblongue de 8 centimètres existe à la partie antérieure de la jambe ; les bords en sont déjetés et décollés sur plusieurs points, violacés ou blafards en quelques autres, et laissent à nu la face antérieure de la diaphyse du tibia depuis 4 centimètres environ au-dessous de la tubérosité. L'extrémité de celui-ci est recouverte par la peau intacte ; jusque vers la partie la plus inférieure l'os ne paraît offrir d'autre genre d'altération qu'une coloration brune ou noirâtre assez intense, visible encore, quoiqu'un peu pâlie, sur le fragment qui est joint à cette observation, et que M. le docteur Paléologue veut bien se charger de déposer. Ce n'est qu'à environ 6 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne que le tissu de l'os présente quelques points nécrosés encore adhérents, et les résultats d'une carie qui a réduit la presque totalité de l'épaisseur de l'os en une sorte de vermoulure baignée de pus. L'extrémité malléolaire est, comme la partie supérieure du tibia, recouverte par les téguments sains, et ne tient au reste du corps de l'os que par une lame de tissu compacte qui a été épargnée par la carie, et forme une sorte de pont. Les articulations du genou et du cou-de-pied sont intactes et libres dans leurs mouvements, et ne présentent aucune tuméfaction. Les parties molles de la jambe sont légèrement œdématiées ; le péroné paraît sain dans toute son étendue, et semble présenter seulement une légère incurvation à convexité externe résultant de la pression du membre sur le sol pendant la marche. Ce n'est que depuis quelques semaines que le jeune Peters, qui observait attentivement les progrès de la destruction de l'os et en redoutait la rupture, a cessé de marcher autrement qu'avec le secours de deux béquilles ; jusque-là il ne s'était servi que d'un simple bâton.

Pressé par la nécessité de son retour, Howship me demandait une prompte solution. Mais au lieu de lui conseiller une amputation qui ne me paraissait pas indispensable, je me bornai à proposer à cet homme et au jeune malade la résection non-seulement de la partie inférieure du tibia, mais encore d'enlever toute la partie du corps de l'os mise à découvert, qu'il me semblait impossible de pouvoir se conserver longtemps intacte. L'intégrité parfaite des deux articulations, surtout celle de la partie inférieure voisine du mal, me permettait d'espérer que les deux extrémités de l'os étaient intactes jusqu'à une certaine distance des articulations, et que l'union du corps de celui-ci avec les deux épiphyses ne serait pas encore assez intime pour s'opposer à sa séparation facile d'avec lui, en respectant les parties articulaires et en conservant ainsi la jambe, qui, bien que réduite dans sa charpente au seul péroné, pourrait encore rendre quelques services. Howship me promit donc de revenir dans quelques jours à Saint-Pierre, et me pria d'obtenir du gouverneur l'autorisation d'y résider pendant l'hiver avec sa famille pour y faire donner à son fils les soins que nécessitait son état. Cela fut facilement accordé, et dès qu'il fut de retour et établi, je me rendis auprès du malade accompagné de M. Dupuis, chirurgien de la marine, alors employé sous mes ordres, et ce collaborateur voulut bien assurer au jeune malade pendant le temps nécessaire des pansements réguliers et méthodiques, par suite desquels l'état de la plaie s'améliora promptement, la suppuration diminua, prit un meilleur aspect; quelques points indurés et les décollements disparurent. De nombreux détritus osseux furent retirés, et la lame osseuse intacte qui unissait en arrière du point carié le corps de l'os à son extrémité malléolaire fut reconnue suffisamment solide pour permettre des tractions assez fortes. Enfin l'état général du malade était satisfaisant. L'enfant désirait ardemment l'opération, et elle fut pratiquée.

La nécrose et la carie n'avaient, ai-je dit, détruit que quelques parties antérieures et latérales de l'extrémité inférieure de la diaphyse du tibia, et au point correspondant au pont osseux que formait cette lame assez épaisse, il restait un engorgement douloureux; les parties molles étaient irritées, et je résolus de pratiquer la section à la partie moyenne et encore saine du tibia.

A l'aide d'une spatule et de quelques petits coups de bistou

parvins aisément à isoler latéralement les bords de la plaie en arrière, dans une étendue suffisante pour introduire l'aiguille mousse qui conduisait une scie à chaîne et contourner ainsi l'os. Seulement, au moment de cette introduction, Peters manifesta la crainte d'éprouver pendant la section de l'os une trop grande douleur; et pour s'assurer de ma véracité, lorsque je l'assurais qu'elle serait très supportable, il me pria de lui en donner la conviction, en promenant quelques traits de scie sur la partie découverte. (Cette trace est marquée sur le fragment de tibia joint à l'observation.)

Rassuré par l'absence de douleur, le malade me permit d'agir. Le tibia fut donc scié d'arrière en avant. La mobilité des deux moitiés de l'os me permit de soulever et de détacher entièrement chacune d'elles de la gouttière dans laquelle elles étaient enchâssées, et des tractions modérées, aidées de la dissection de quelques légères adhérences, rendirent facile l'extraction de l'une et de l'autre. Réunies, elles présentaient dans toute son étendue le corps entier du tibia. Comme je l'avais espéré, la lame osseuse que la carie avait épargnée en arrière et en bas suffit pour faciliter l'extraction du fragment inférieur ou de l'extrémité juxta-malléolaire qui resta à sa place, comme à l'autre extrémité de la jambe, la tête du tibia à la sienne. Une seule artériole (la nutricière) fut tordue, et le rapprochement des bords de la plaie suffit pour tarir le léger écoulement de sang auquel donna lieu la division des rameaux de la tibiale antérieure.

Des pansements appropriés, faits avec soin et intelligence par mon collaborateur, amenèrent dans quelques semaines la guérison de la plaie, et lorsque la cicatrice fut assez affermie, Peters fut apporté par son père à l'hôpital. Je lui appliquai, depuis le genou compris jusqu'à l'extrémité du membre, un bandage dextriné fortifié de quelques attelles en carton, et lorsque la dessiccation en fut opérée, le malade rejoignit, en s'aidant du bras de son père, son domicile assez éloigné à travers des rues encombrées de neige. Il me venait visiter deux ou trois fois la semaine, sans autre secours le plus souvent qu'une béquille à main; et lorsque la débâcle vint lui permettre de songer au départ, je le débarrassai de la partie du bandage qui embrassait les articulations du genou et du cou-de-pied, en lui recommandant de conserver le reste et de ne pas abuser de l'usage de sa jambe.

Au commencement de l'hiver de 1848, Howship, ayant appris que je devais quitter la colonie, vint me voir avec son fils ; il me raconta que pendant assez longtemps l'appareil dextriné s'était bien conservé, mais qu'enfin l'humidité résultant de plusieurs immersions l'avait en grande partie détruit. Peters s'était fabriqué lui-même, avec un morceau de cuir vert de caribou et une coque d'écorce de bouleau, un appareil solide et résistant, pourvu d'attelles en renfort qui soutenaient en dedans et en dehors sa jambe, et le tout était assujetti par quelques lacets de cuir. Depuis longtemps il se servait de sa jambe, et il secondait son père dans son rude métier de pêcheur. Sa santé s'était sensiblement raffermie, et sans une diminution dans le volume du membre ; une légère claudication, surtout lorsqu'il fatiguait outre mesure sa jambe, une incurvation du péroné un peu plus sensible que celle qui existait avant l'opération, une cicatrice ferme et allongée étaient la seule trace apparente de cette opération.

— Après la lecture de cette observation, M. Giraldès a fait ressortir, dans une courte analyse, tout ce qu'elle présentait d'intéressant sous le point de vue pratique. Peut-être, a-t-il ajouté, aurait-on pu désirer quelques détails plus circonstanciés ; mais si on veut se mettre un instant à la place de notre confrère, isolé dans une station lointaine, chargé de tout le service médical, on verra combien, dans certains moments, il est difficile, au milieu d'un service aussi pénible et aussi actif, de se plier à toutes les exigences scientifiques. Le rapporteur a ensuite exposé les divers titres scientifiques de M. Camescasse, chirurgien de 1re classe de la marine.

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Insertion de l'observation dans les comptes rendus des séances ;

2° Admission de M. le docteur Camescasse comme membre correspondant.

Ces conclusions ayant été mises aux voix et adoptées, M. Camescasse est nommé membre correspondant.

— M. Debout commence la lecture d'un rapport sur la thèse de M. Lecomté sur les ectopies congéniales des testicules et les maladies de ces organes engagés dans l'aine.

*Le secrétaire de la société*, Marjolin.

## *Séance du 24 août* 1852.

### Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Roux, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que toutes les tumeurs qui occupent le sinus maxillaire ne sont pas toujours de mauvaise nature; sur quatre malades qu'il a opérés cette année, il n'a point encore vu de récidive, et il cite, entre autres, un malade de Troyes dont M. Boinet vient de lui donner de très bonnes nouvelles.

### Présentation de malade.

M. Demarquay. J'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société le jeune malade sur lequel elle a constaté, il y a quelques mois, une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la cuisse; de temps à autre, comme vous le savez, il s'écoulait par ces dilatations une grande quantité de lymphe. Aujourd'hui la guérison est complète; elle a été obtenue au moyen du caustique de Vienne. La cicatrice est solide et ne laisse voir aucun vaisseau lymphatique dilaté.

### Correspondance.

M. le docteur Demeaux, ancien prosecteur de la Faculté, médecin à Puy-l'Evêque, écrit à la Société pour avoir son avis sur un cas de médecine légale.

Après une discussion assez longue, la Société décide que l'observation sera renvoyée à une commission.

Cette commission se compose de MM. Denonvilliers, Larrey, Robert, rapporteur.

M. Debout fait hommage à la Société du tome XLII^e du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

M. le docteur Prescott Heuwett, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée d'une observation sur une tumeur de l'abdomen.

Commission : MM. Boinet, Morel-Lavallée, Giraldès, rapporteur.

M. le docteur Coste, professeur de clinique externe à Marseille, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant; sa lettre est accompagnée de son *Manuel de dissection* et de deux mémoires originaux, l'un sur la cure radicale de la hernie, l'autre sur un nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre.

Commission : MM. Gosselin, Laborie, Follin, rapporteur.

**Nomination de membres associés étrangers.**

M. Giraldès donne lecture du rapport fait par la commission chargée de présenter une liste de quinze chirurgiens étrangers devant être nommés membres associés de la Société. La commission regrette vivement de n'avoir pu comprendre dans cette liste plusieurs chirurgiens dont les travaux et la position scientifique devaient à bon droit attirer son attention.

La commission a l'honneur de vous proposer, pour remplir les quinze places d'associés étrangers, les chirurgiens dont les noms suivent :

New-York (Amérique). Valentine Mott, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de New-York, etc.

Vienne (Autriche). Fr. Jœger, ancien professeur à l'Université de Wurzbourg, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

Heidelberg (duché de Bade). M. J. Chelius, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg, etc.

Wurzbourg (Bavière). Kajetan Textor, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Wurzbourg, etc.

Londres (Grande-Bretagne). Sir Benjamin Brodie, chirurgien de la reine, ancien président du Collége royal des chirurgiens, etc.

Londres. William Lawrence, ancien président du Collége royal des chirurgiens, etc.

Londres. Benjamin Travers, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, ancien président du Collége royal des chirurgiens.

Londres. George-James Guthrie, ancien président du Collége royal des chirurgiens, inspecteur général du service de l'armée, etc.

Edimbourg. Sir Georges Ballingal, chirurgien de la reine, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, etc.

Edimbourg. James Simpson, membre de la Société royale d'Edimbourg, professeur d'accouchements à l'Université, etc.

Dublin. Sir Philip Crampton, chirurgien en chef de l'armée en Irlande, etc.

Berlin (Prusse). Grimm, chirurgien du roi, chirurgien en chef de l'armée prussienne, etc.

Saint-Pétersbourg (Russie). Arendt, médecin ordinaire de l'empereur, chirurgien général de l'armée, etc.

Dresde (Saxe). F.-A. Ammon, médecin du roi de Saxe, professeur de clinique chirurgicale, etc.

Genève (Suisse). Mayor, professeur de clinique chirurgicale, etc.

**Rapport de M. H. Larrey sur le Traité de chirurgie militaire de sir George Ballingall.**

« La Société de chirurgie a reçu dans l'une de ses dernières séances un livre de sir George Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg, qui demandait le titre d'associé étranger; et vous m'avez chargé, messieurs, avec notre honorable collègue M. Giraldès, de vous faire un rapport verbal sur cet ouvrage intitulé : *Outlines of military surgery*, ou *Esquisses de chirurgie militaire*.

L'analyse nous en est d'autant plus facile, que depuis longtemps nous connaissons ce livre, parvenu en 1844 à sa troisième édition. Mais, pour nous hâter de rendre à l'auteur l'hommage qu'il mérite, nous réduirons cette analyse à un résumé succinct.

Sir G. Ballingall, dans une dédicace pleine de convenance adressée au président et aux membres du Collége royal des chirurgiens d'Edimbourg, les remercie d'avoir introduit et favorisé dans l'Université l'enseignement de la chirurgie militaire, pour les jeunes médecins destinés au service de santé des armées de terre et de mer.

L'auteur expose d'abord dans la préface l'ensemble de ses leçons pendant une période qui, aujourd'hui, compterait une trentaine d'années. Sa méthode, un peu arbitraire peut-être, est adaptée cependant aux exigences de cet enseignement, divisé en trois parties :

La première embrasse les questions nombreuses en rapport avec la formation, la discipline et l'économie des armées au point de vue de la santé du soldat;

La seconde partie comprend les lésions accidentelles et les ma-

ladies chirurgicales auxquelles sont le plus exposés les gens de guerre et les marins dans tous les pays;

La troisième partie considère les maladies les plus importantes auxquelles les troupes sont sujettes dans les contrées étrangères. Elle fait connaître également les maladies apparentes plus difficiles quelquefois à combattre que les maladies réelles.

C'est non-seulement d'après sa longue expérience personnelle, soit en Angleterre et en Écosse, soit aux Indes, que le professeur Ballingall a eu toute autorité pour écrire son ouvrage; c'est encore d'après l'observation directe des grands hôpitaux de la France, de la Prusse, de l'Autriche, de la Belgique, et d'après l'étude des divers règlements du service médical des armées.

Dans une savante introduction, notre célèbre confrère d'Edimbourg démontre que la chirurgie militaire occupe une assignation ancienne et honorée dans la science de la médecine. Il la définit et la caractérise bien en la rattachant à l'unité de l'art de guérir. Il fait même ressortir les inconvénients qui résulteraient, surtout en campagne, de la distinction des spécialités. La chirurgie militaire, en un mot, lui semble, pour ainsi dire, une et indivisible; elle résume et comprend toute la médecine, quant à l'état de santé ou de maladie du soldat.

Des considérations historiques pleines d'intérêt nous montrent successivement les conséquences de l'invention de la poudre à canon pour la chirurgie de bataille, une citation pathétique de Monro à ce sujet, un aperçu des travaux et des progrès de la médecine d'armée en France depuis trois siècles, et une digression biographique, toute dans le sujet, sur Ambroise Paré, qui en devint le véritable fondateur, en même temps qu'il fut le père de la chirurgie française.

L'auteur, ne pouvant passer en revue les divers travaux de la chirurgie militaire sur le continent, rapporte son histoire succincte en Angleterre. Toute cette partie de l'introduction nous offrirait un intérêt réel et nouveau peut-être, si elle pouvait être reproduite dans ce rapport.

Un passage distinct consacré à Richard Wiseman, chirurgien du roi Charles II, met en relief le mérite de son *Traité de chirurgie*, et particulièrement le chapitre des Plaies d'armes à feu. Les noms de John Brown, J. Ranby, J. Hunter et J. Neale se présentent en-

suite parmi les auteurs d'ouvrages sur la chirurgie des armées, ou du moins sur les blessures par armes de guerre. Le Traité de M. Guthrie, sur les *Plaies d'armes à feu des extrémités*, ainsi que les *Principes de chirurgie militaire* de Hennen, sont appréciés à part. Les *Observations pratiques de chirurgie*, par Copeland Hutchison, et ses *Observations sur l'époque de l'amputation dans les plaies d'armes à feu;* divers travaux de sir Stephen Hammick; le *Rapport* du docteur Thomson *sur les blessures de la bataille de Waterloo*, les publications de Samuel Cooper et de M. Allan; et à la tête de ces ouvrages, le *Traité des plaies* de John Bell; d'intéressantes *Observations sur les blessures*, par sir Charles Bell; et enfin le livre de M. Chevalier sur les *Plaies par armes à feu :* tels sont, en aperçu, les ouvrages analysés succinctement par M. Ballingall sur la chirurgie militaire anglaise.

L'honorable professeur joint à cette analyse une liste des principaux auteurs étrangers sur la chirurgie des armées, en France surtout, depuis Belloste et Ledran jusqu'à Percy et Larrey. Il mentionne à part le volumineux recueil des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires;* et à propos de nos anciens hôpitaux d'instruction, il signale la digne institution de Frédérick II, à Berlin, et l'Académie impériale Joséphine, à Vienne, établie sur de larges bases, dans le but de former des médecins pour l'armée d'Autriche.

M. Ballingall fait connaître l'utilité des rapports statistiques adoptés en Ecosse sur les *Maladies, les infirmités et la mortalité parmi les troupes de terre et de mer*. Il revient, à cette occasion, sur quelques-uns des noms qui honorent la chirurgie militaire de son pays, et il cite notamment Pringle, Brocklesby, Monro, Cleghorn, Lind, Blane, Trotter, Burnett, Hunter, Jackson, etc.

Notre respectable confrère démontre l'utilité d'un enseignement spécial de la chirurgie militaire dans l'école d'Edimbourg, et s'associe au regret qu'il n'y ait pas une semblable institution dans les autres universités. Le professeur Guthrie, dans ses leçons cliniques, a vivement sollicité, à ce sujet, l'attention du gouvernement; et il s'est étonné, à bon droit, que l'on fît plus pour fournir des médecins vétérinaires aux chevaux de l'armée, que pour assurer les secours de l'art aux hommes eux-mêmes. M. Ballingall ajoute à ce témoignage celui de Larrey, qui regrettait qu'une chaire de chirur-

gie militaire ne fût pas instituée à l'Ecole de Paris, en faisant valoir des raisons qu'un sentiment de réserve nous empêche de reproduire.

..... Mais, tout en exprimant ses généreuses pensées sur les vivants (ou sur ceux qui vivaient alors), l'auteur du livre n'oublie pas de rendre justice à la mémoire des morts. Il adresse un hommage à part à John Bell, à celui qui, sans avoir appartenu à la chirurgie des camps, l'avait honorée plus que personne; à celui qui avait tant fait pour cet enseignement spécial, et si bien défendu sa cause, en sollicitant du gouvernement l'organisation d'une école nationale de médecine militaire et navale.

Le professeur Ballingall termine l'introduction de son ouvrage par des paroles qui prouvent toute la valeur de la chirurgie des armées; et ces paroles, il les emprunte noblement à un auteur français:

« Il faut convenir, dit Dionis (1), de la nécessité de la chirurgie, » qui enlève tous les jours plusieurs personnes du tombeau. Combien, dans les armées, a-t-elle guéri de blessés! Combien de » grands capitaines seraient péris par des plaies épouvantables si » elle ne les avait pas secourus! C'est dans les armées, c'est » dans les siéges que la chirurgie triomphe; c'est là que tout reconnaît son empire et sa nécessité; c'est là que les effets et non les » paroles font son éloge. »

*Le choix et la visite des recrues pour l'armée* forment le premier chapitre du livre de sir G. Ballingall, comme une introduction naturelle à la pathologie et à la thérapeutique du soldat et du marin.

*Le régime alimentaire, l'habillement et l'exercice des troupes*, tel est le titre du second chapitre, dont nous ne pouvons faire ici l'analyse, non plus que des chapitres suivants, intitulés : *Organisation des troupes dans les campements, les baraques et les logements par billets; — Maladies dominantes dans les camps et les garnisons; — Proportion des malades et des blessés dans les armées et dans les flottes; — Hôpitaux; — Transport des malades et des blessés.*

Sous le titre : *Maladies chirurgicales des soldats et des marins*, l'auteur du *Traité de chirurgie militaire* passe en revue, et dans une série de chapitres distincts, l'*inflammation*, les *brûlures*, les

(1) *Cours d'opérations de chirurgie*, Préface, p. VIII.

*ulcères*, la *gangrène d'hôpital*, les *plaies diverses en général*, et les *plaies d'armes à feu en particulier*, les *plaies des artères*, etc.; les *anévrismes*, les *plaies des nerfs* et le *tétanos*; les *plaies de la tête* et les *plaies de l'épine*; les *plaies de la face* et les *plaies du cou*, les *plaies de la poitrine* et les *plaies de l'abdomen*, les *plaies* et les *fractures des extrémités*, les *luxations*, les *amputations*; et, comme autant d'appendices, l'*ophthalmie*, la *syphilis*, les *rétrécissements de l'urètre* et les *maladies de l'anus et du rectum*.

Chacune de ces questions permet au professeur Ballingall d'exposer d'une manière générale les progrès de la science, en insistant, comme de raison, en particulier, sur les travaux de la chirurgie militaire en Angleterre, en Ecosse et en Irlande. Ainsi, Thomson et Hunter pour l'inflammation, James Earle pour les brûlures; Underwood, Everard Home, Baynton et Ward pour les ulcères; Wiseman, Blackadder et Trotter pour la gangrène d'hôpital; John Bell, Heunen, Samuel Cooper et bien d'autres, pour les blessures de tout genre; Hogson, Astley Cooper, Guthrie, etc., pour les lésions des artères et des veines; et tous les auteurs enfin dont les noms se rattachent aux autres questions, représentent autant d'autorités chirurgicales auxquelles le savant professeur rend hommage avec l'équité la plus impartiale.

Il a réservé, pour le complément de son ouvrage, des considérations pleines d'intérêt sur l'influence physique des *punitions militaires*, en faisant apprécier la nature et les conséquences de chacune d'elles, avec de nobles sentiments d'humanité.

Il expose ensuite avec beaucoup de soin les principales *Maladies des troupes anglaises dans les stations étrangères*, ainsi qu'une histoire abrégée de la *fièvre jaune*, de la *dyssenterie tropicale*, de l'*hépatite*; de la maladie appelée aux Indes *beriberi*, et de cette autre désignée sous le nom de *brûlure des pieds* (burning in the feet), du *dragonneau* enfin ou ver de Guinée.

La dernière partie du livre est consacrée à l'étude sommaire des *maladies simulées ou factices*.

Et à tant de travaux accumulés dans un seul volume, se joint une liste bibliographique très étendue des ouvrages et des mémoires publiés par les officiers de santé des armées britanniques, sur les maladies et les blessures des soldats et des marins.

Telle est, messieurs, l'analyse trop succincte et bien incom-

plète des *Éléments de chirurgie militaire* de M. le professeur Ballingall. On pourrait y signaler des lacunes ou des imperfections, on pourrait contester quelques-uns des principes qui s'y trouvent exposés, on pourrait enfin y substituer une autre méthode ; mais on ne saurait trop apprécier l'excellent esprit qui a conçu l'idée de cet ouvrage, le sentiment loyal qui a inspiré l'auteur à l'égard des opinions étrangères aux siennes ou à celles de ses compatriotes, et la valeur incontestable d'une œuvre qui mérite l'approbation de tous les chirurgiens et la reconnaissance à part des chirurgiens militaires.

La haute considération enfin qui s'attache au rang de sir George Ballingall parmi ses honorables collègues de l'université d'Edimbourg, me dispense, messieurs, d'ajouter un éloge de plus à ce simple rapport.

J'ai donc l'honneur de vous proposer d'adresser une lettre de remercîments à M. le professeur Ballingall pour l'envoi de son important ouvrage, en lui annonçant qu'il n'a pas eu besoin de ce titre pour être compris par vos suffrages, sur la liste des associés étrangers de la Société de chirurgie. »

Les conclusions du rapport de M. Larrey sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

— M. Michon a la parole pour un rapport verbal sur un travail de M. Adolphe Richard, ayant pour titre : *Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, l'écoulement par le mamelon.*

Ce travail, dit le rapporteur, est plutôt une ébauche. L'auteur, ayant entendu M. Nélaton formuler dans sa clinique quelques préceptes sur l'importance de ce signe, s'est mis à étudier ce point de pathologie. Il a réuni six observations ; de ce nombre, cinq ont trait à des tumeurs bénignes, à des tumeurs mammaires chroniques. Dans une sixième, empruntée à M. Robert, il y a eu une hémorrhagie du bout du mamelon ; elle ne peut pas être comprise avec les autres.

Il est bon de remarquer que l'apparition de ce signe n'a rien de constant ; tantôt il apparaît au commencement, tantôt à la terminaison de la maladie. Pour sa nature, le liquide offre encore bien des différences ; tantôt c'est un écoulement sanguin ou puriforme, ou semblable à du colostrum. M. Richard a joint à son travail imprimé une dernière observation survenue à la suite de la l

tation ; dans ce cas, c'était tout simplement un de ces engorgements si communs pendant l'allaitement.

M. Michon pense, d'après la lecture des observations, qu'il existait d'autres signes qui permettaient de bien distinguer ces engorgements. Ainsi, il y avait absence de douleurs ; la tumeur était partielle, etc. ; il n'y avait pas de glandes dans l'aisselle : on ne pouvait donc pas les regarder comme étant de nature cancéreuse. En cherchant à établir l'écoulement du mamelon comme un signe constant, M. Richard a été trop loin ; il a trouvé une observation contraire à ses idées, un cas où il existait réellement un cancer, et alors il n'a pu expliquer autrement l'écoulement du mamelon que par l'existence de globules de la glande emprisonnés dans des masses cancéreuses : il a, comme on le voit, été trop loin.

Les recherches de M. Richard sont très intéressantes ; mais jusqu'ici elles ne sont pas assez nombreuses, il n'y a pas assez de précision.

On peut admettre la première proposition, qui établit que l'écoulement du mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle ; mais on ne peut pas dire avec M. Richard que son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein, car lui-même nous a fourni une observation qui prouve le contraire.

M. Nélaton. J'ai constaté, à la vérité, plusieurs fois, chez des femmes atteintes de tumeurs du sein, l'écoulement d'un liquide jaune transparent, un peu visqueux, semblable à de la bière ; c'est principalement dans les cas de tumeurs bosselées, de consistance inégale ; et lorsqu'on vient à comprimer une de ces bosselures, on la vide par un des canaux qui se rendent au mamelon ; mais je me suis borné à ce point.

M. Michon. Je n'ai point dit que les idées exprimées dans le travail de M. Richard étaient celles de notre collègue ; j'ai dit seulement que l'idée de ce travail avait eu pour point de départ une de ses leçons de clinique.

Il y a dans son travail un manque de précision et une incertitude qui fait qu'on ne peut pas encore attribuer à ce signe beaucoup de valeur au point de vue du diagnostic.

M. Demarquay. Blandin s'était occupé, non des écoulements visqueux, mais des écoulements sanguins, et, pour lui, ce dernier

signe annonçait l'existence du cancer. J'ai eu occasion de voir, dans le service de M. Jobert, une malade présentant un écoulement sanguin du mamelon : c'était un cancer, qui depuis a récidivé.

**Plaie de l'artère carotide primitive ; ligature. Mort au treizième jour**

M. Michon. J'annoncerai à la Société que la malade chez laquelle j'avais pratiqué la ligature de l'artère carotide primitive a succombé le treizième jour après l'accident à une excessive faiblesse. Le dernier jour il y avait eu quelques hémorrhagies assez importantes.

Voici ce que l'autopsie a fait voir :

Le couteau a pénétré obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans ; la lame étant dans la direction de l'axe du corps a divisé peu de parties. Elle a passé entre les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qu'elle a éraillés sans les couper en travers, est arrivée entre la trachée et les gros vaisseaux du cou, a ouvert la gaîne de ceux-ci et a coupé la carotide et le nerf pneumo-gastrique droits, à 4 millimètres environ du tronc brachio-céphalique, laissant intact le tronc de la jugulaire ; puis la lame a glissé en arrière de la trachée-artère et de l'œsophage, en entamant légèrement la tunique musculeuse de celui-ci, et en épargnant complétement la muqueuse ; puis enfin a pénétré entre ces organes et la colonne cervicale dans la partie supérieure des médiastins, en arrivant jusqu'au tissu cellulaire qui double la plèvre droite. Ce trajet a été vérifié par l'autopsie.

En outre, voici les phénomènes consécutifs qui ont été observés :

1° Un épanchement de sang très considérable remplissant en haut la gaîne des vaisseaux et pouvant être suivi jusqu'à la base du crâne ; s'infiltrant sur les côtés entre les muscles de la région cervicale droite, et en arrière entre l'œsophage et les muscles longs du cou. En bas, l'épanchement occupe la cavité des médiastins, et va en diminuant de haut en bas. Le sang épanché est en grande partie organisé. Il paraît résulter de l'hémorrhagie primitive, et partout où il se trouve il rend la dissection très difficile.

2° Le péricarde présente des ecchymoses à l'extérieur, et contient une assez grande quantité de liquide.

3° La plèvre droite, intacte dans sa continuité, est recouverte d'une couche pseudo-membraneuse, et présente des adhérences commençantes qui témoignent d'une inflammation récente.

4° Au point où aboutissent les deux plaies, celle du couteau et celle de la ligature, on trouve les deux bouts de l'artère dans l'état suivant : le bout inférieur a 4 millimètres de longueur ; il est conique, et porte encore les fils de la ligature. Mais il existe autour de celle-ci des éraillures qui semblent le point de départ de l'hémorrhagie secondaire. A l'intérieur le caillot est très petit et obture à peine le calibre du vaisseau. La ligature du bout supérieur est tombée et flotte dans la plaie. A l'intérieur on trouve un caillot obturateur assez considérable, se prolongeant en haut sous forme d'un caillot conique jusqu'à la bifurcation de la carotide.

En terminant, M. Michon montre la pièce qui a été préparée avec beaucoup de soin par M. le docteur de Musset, prosecteur de la Faculté.

Cette pièce sera déposée au nom de la Société dans le musée Dupuytren.

**Arrachement du doigt auriculaire gauche.**

M. Denonvilliers présente un doigt auriculaire gauche qui fut pris dans la courroie d'une machine à vapeur et arraché par suite de l'effort violent que fit le blessé pour se dégager. La peau offre une section nette et oblique comme celle d'une amputation ovalaire. La première phalange, brisée vers sa partie supérieure, n'est pas entière. Au doigt tiennent :

1° Les tendons du fléchisseur profond et de l'extenseur propre du petit doigt, détachés du reste du corps par la rupture des fibres charnues qui se fixent à leur partie supérieure ;

2° Les deux artères collatérales rompues un peu au-dessus du niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ;

3° Les deux nerfs collatéraux brisés, l'un à 5 et l'autre à 12 ou 15 centimètres environ, au-dessus de cette même articulation. Le tendon du fléchisseur sublime s'était déchiré dans le point correspondant à la fracture de la première phalange, de telle sorte qu'il n'avait pas été arraché.

Enfin, bien que le tendon de l'extenseur commun qui appartient au petit doigt eût été rompu un peu au-dessus de l'articulation

métacarpo-phalangienne, il avait cependant été arraché et d'une manière si singulière qu'il était en quelque sorte retourné. Sans relation avec le doigt séparé, il restait implanté par son extrémité inférieure sur la plaie, tandis que son extrémité supérieure, pourvue encore de ses fibres charnues, rompues et déchirées, pendait libre et sans soutien.

Cette circonstance donne une physionomie particulière à ce fait jusqu'ici sans exemple, et qui ne se reproduira peut-être jamais. M. Denonvilliers en présente une explication, basée sur la disposition anatomique des tendons du petit doigt, et reproduit artificiellement la lésion sous les yeux de la Société, sur un avant-bras du cadavre préparé à cet effet.

Après avoir coupé à fleur de la plaie le tendon renversé de l'extenseur commun, M. Denonvilliers fit faire un pansement simple, et au bout de quinze jours le blessé était guéri, n'ayant éprouvé aucun accident, comme c'est l'ordinaire dans ces sortes de blessures.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

*Séance du* 1er *septembre* 1852.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Huguier, à l'occasion du procès-verbal : Le malade que M. Demarquay vous a présenté me reporte tout naturellement à un fait analogue dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir : il s'agissait d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis chez un individu atteint d'une hernie inguinale et portant depuis longtemps un bandage. Je me demande si dans ce cas la pression de la pelote sur la région inguinale n'a pas été une des causes de cette affection ? Il serait intéressant de faire des recherches sur ce sujet et de voir jusqu'à quel point l'action du bandage ne peut pas être, par suite de la gêne dans la circulation, une cause de la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Correspondance.

M. le professeur Bérard écrit pour remercier la Société, qui l'a nommé membre honoraire.

M. le professeur Roux a la parole pour la lecture d'un mémoire.

**Des maladies du système vasculaire sanguin, particulièrement des artères; des principales ressources de la thérapeutique chirurgicale contre ces maladies.**

Tel est le titre du mémoire que M. le professeur Roux a communiqué en partie aujourd'hui à la Société. Ce travail, qui a été précédé de quelques paroles très gracieuses pour l'auditoire, est, on peut le dire, le résumé de la longue pratique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu : il sera facile de le comprendre quand on saura qu'il embrasse plus de 82 ligatures d'artères dans des cas généralement graves.

Ce mémoire devant être dans l'une des prochaines séances l'objet d'une discussion, nous chercherons à en faire une analyse aussi complète que possible.

M. Roux n'a pas voulu positivement faire une statistique; il a groupé les faits pour en tirer des conséquences pratiques.

Commençant par les anévrismes spontanés, il énumère d'abord la série des artères principales dans lesquelles il n'en a point rencontré : au membre supérieur, une seule fois, il a rencontré un anévrisme spontané de l'artère axillaire, de l'artère radiale et de l'artère cubitale.

Au membre inférieur, il a eu occasion de voir deux fois l'anévrisme au pli de l'aine, une fois avec Boyer, une fois dans sa pratique particulière. Le nombre des anévrismes de l'artère fémorale dans toute l'étendue de ce vaisseau n'est que de trois, mais pour l'artère poplitée il monte à 27 : la plupart occupaient la partie moyenne de l'artère. Parmi les malades il s'en est rencontré deux affectés d'un double anévrisme, et l'un des deux, à trois années d'intervalle, a été opéré deux fois par le procédé de Hunter.

Le nombre des anévrismes a été de beaucoup plus nombreux chez les hommes : il s'élève à 33 cas, 2 seulement ont été observés chez des femmes.

Cette différence porterait M. Roux à penser que l'anévrisme est bien plus souvent le résultat d'une cause externe que d'une altération pathologique des vaisseaux. Si l'anévrisme spontané en était

le résultat, on devrait rencontrer plus souvent plusieurs tumeurs chez le même individu ; ce qui est fort rare.

La cause externe, pour M. Roux, a une telle influence qu'il est tenté de regarder les anévrismes poplités comme à demi traumatiques. A l'exception d'un seul cas, celui d'un anévrisme de l'artère axillaire développé chez un sujet à peine âgé de vingt-sept ans, c'est généralement vers quarante ans que l'affection s'est montrée.

Ce sont aussi les professions fatigantes qui semblent y prédisposer, principalement celles qui, par certaines attitudes forcées ou souvent répétées, peuvent distendre les vaisseaux : ainsi, sur les 33 malades, 2 seuls avaient mené une vie exempte de grandes fatigues.

C'est toujours par la suspension soudaine du cours du sang, par la ligature, que M. Roux a combattu la maladie. Deux fois seulement il recourut à la méthode ancienne ; une fois en 1808, et l'autre fois en 1825. Dans ce dernier cas il y fut forcé par le volume de la tumeur, qui remontait au-dessus de l'artère et la masquait. Ces deux opérations furent suivies de succès.

Toutes les autres opérations d'anévrismes spontanés ont été faites d'après la méthode de Hunter, toutes exactement de la même manière ; seulement tantôt assez près, tantôt au contraire un peu loin de la tumeur, selon qu'il s'agissait de tel anévrisme ou de tel autre. Toutes ont été faites par le procédé de Scarpa, quant à la manière d'agir sur l'artère seule autant que possible, et en suivant le précepte qu'il a donné pour les anévrismes poplités, de mettre l'artère crurale à découvert, non à la partie inférieure, comme le faisait Hunter, mais au bas de l'espace inguinal.

M. Roux fait ensuite remarquer combien on trouve de différences dans l'époque de la chute de la ligature, quelle que soit du reste l'issue de l'opération alors même qu'à aucune époque il n'y a eu d'hémorrhagie. Généralement la séparation s'est opérée du dix-huitième au vingtième jour ; une fois elle a eu lieu dès le quinzième jour, et une fois elle a été retardée jusqu'au trentième.

Les ligatures des grosses artères ne sont point exemptes de danger ; aussi ce n'est qu'avec la plus grande circonspection que les chirurgiens sont arrivés peu à peu à pratiquer des ligatures importantes pour des affections du système artériel qui ne menaçaient pas la vie d'une manière imminente.

Au nombre des accidents consécutifs se trouvent :

1° Le sphacèle du membre, des eschares partielles; dans les deux premières opérations pratiquées par M. Roux par la méthode d'Anel ou de Hunter, il y eut des eschares.

Trois fois seulement sur trente-trois ligatures de l'artère crurale, le sphacèle a eu lieu, et dans un de ces trois cas ce ne fut que vingt jours après la ligature. Cette fois, il n'y eut pas possibilité de pratiquer l'amputation ; chez les deux autres l'amputation n'empêcha pas la mort.

2° Comme dans toutes les autres opérations, on a à redouter après une ligature d'artère tous les accidents qui surviennent après une plaie faite par le chirurgien. Peut-être les malades sont-ils plus disposés à une artérite ou à une phlébite.

3° Enfin il est un troisième accident qui peut arriver dans l'opération d'anévrisme la plus heureusement exécutée, c'est l'hémorrhagie ; accident plus fréquent dans l'ancienne méthode que dans celle de Hunter.

Dans toutes les opérations pratiquées par M. Roux par la méthode de Hunter, quatre fois il eut à combattre cette complication ; trois de ces hémorrhagies, dont l'une survint au cinquantième jour, entraînèrent la mort. C'est certainement le genre d'accident contre lequel il faut être le plus en garde tant que la plaie n'est pas cicatrisée.

En tenant compte de tous les accidents survenus à la suite de l'opération de l'anévrisme, il n'y a eu que dix revers sur 38 cas. Après avoir terminé ce premier relevé, M. Roux insiste sur les avantages que la science pourrait retirer si chacun voulait bien apporter son contingent, quelque minime qu'il pût être; il y aurait là une source féconde d'enseignements pour comparer la valeur des méthodes, non-seulement dans le traitement des anévrismes spontanés, mais dans tous les cas où le chirurgien est obligé de recourir à la ligature pour suspendre le cours du sang.

N'abandonnant pas l'idée des hémorrhagies consécutives, l'auteur du mémoire énumère en passant quels sont les cas qui nécessitent la ligature de l'artère.

A cette occasion, il nous fait connaître que dans sa longue pratique, six fois il a été obligé de lier l'artère crurale au lieu d'élection après des amputations de jambe ou de cuisse, une fois

l'artère brachiale près du creux axillaire après une amputation du bras, et deux fois l'artère sous-clavière après la désarticulation du bras.

Il rappelle que non-seulement les chirurgiens ont fait des ligatures pour s'opposer à des hémorrhagies plus ou moins imminentes, mais que ce moyen a été conseillé pour agir d'une manière physiologique dans certaines altérations des tissus. Ainsi Maunoir pour le sarcocèle, Mirault pour le cancer de la langue, ont proposé la ligature de l'artère principale de l'organe malade.

M. Roux abordant ensuite les anévrismes faux consécutifs, est étonné de la différence de résultats. Sur les dix cas qu'il a opérés, il a eu dix succès ; une seule fois il a ouvert le sac, dans les 9 autres cas il a suivi la méthode de Hunter. C'est toujours au bras qu'il les a rencontrés ; huit provenaient de saignées malheureuses.

C'est la saignée qui cause aussi habituellement l'anévrisme artérioso-veineux, qui a deux manières d'être : varice anévrismale et anévrisme variqueux, c'est-à-dire anévrisme faux consécutif avec varice anévrismale.

Dans ces cas il faut agir comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle toute récente ; il faut lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle communique avec la veine. Six fois M. Roux a eu occasion d'opérer, quatre fois seulement le succès a été complet. Chez les deux autres malades, la gangrène et des hémorrhagies étant survenues, l'amputation du bras a été faite une fois avec succès.

L'histoire de la ligature de l'artère a conduit tout naturellement M. Roux sur le terrain des tumeurs érectiles. Jamais il n'a eu occasion de pratiquer la ligature de l'artère principale d'un membre pour ce fait, mais il a lié la carotide primitive pour une tumeur érectile née de l'intérieur de l'orbite et occupant toute la partie supérieure droite de la face. Il n'y eut ni gangrène, ni hémorrhagie ; le succès fut complet, malgré l'indocilité du malade.

Trois fois au contraire il a lié l'artère principale du membre pour des tumeurs fongueuses sanguines des os. Une fois il y a eu récidive. Une autre fois, disparition complète de la tumeur ; dans le troisième cas, le malade a succombé épuisé par des hémorrhagies.

Les blessures des artères sont la cause la plus habituelle qui amène la ligature; il ne s'agira ici que des grosses artères, et à cette occasion M. Roux se demande si tel ou tel procédé n'a pas une influence plus ou moins prononcée sur les hémorrhagies consécutives, sur la gangrène, etc.

Deux fois il a lié la carotide pour ces plaies d'artères situées au-dessus. Dans ces deux cas, succès.

Trois fois, dans le but de prévenir une hémorrhagie considérable, il a placé une ligature d'attente sur l'artère carotide; c'était avant d'enlever des tumeurs volumineuses de la face ou du cou. Ce moyen a réussi.

Trois fois à la suite de plaies déjà anciennes de l'artère axillaire, il a été obligé de lier la sous-clavière à son passage ou en dehors de son passage entre les scalènes. Dans ces trois cas, où les circonstances étaient aussi défavorables que possible, il n'y a eu aucun succès. Contrairement à son habitude, il n'avait pas placé de cylindre sous les ligatures avant de les nouer; il avait coupé l'artère entre les deux ligatures. Il a agi ainsi pour une ligature de l'iliaque externe.

Sept fois M. Roux a été obligé de recourir à la ligature secondaire de l'artère principale du membre après des amputations; c'est surtout pour le membre inférieur qu'il a dû y recourir. Quatre de ces blessés ont succombé, épuisés probablement par la quantité de sang qu'ils avaient perdue.

Nombre de fois M. Roux a eu à lier des artères considérables à la suite de plaies d'armes à feu ou de plaies des membres, et à ce sujet il cite plusieurs faits d'un haut intérêt pour la pratique; parmi eux, il en est un qui appartient à Boyer.

A cette occasion, il dit que, malgré la conviction profonde où il est que, dans les plaies artérielles récentes, comme dans tout anévrisme faux primitif, le mieux serait qu'on pût toujours découvrir l'artère là même où elle a été blessée pour pouvoir la lier au-dessus et au-dessous de la plaie, et que la méthode de Hunter appliquée dans des cas de ce genre expose à des chances fâcheuses, il est des circonstances dans lesquelles cette sorte de règle doit fléchir : ainsi dans les plaies de l'artère poplitée ou des artères de la jambe à leur origine, à cause des difficultés de l'opération, qui sont presque aussi grandes que dans la méthode ancienne.

L'iliaque externe a été liée deux fois par M. Roux pour des hémorrhagies provenant de la partie supérieure de l'artère crurale.

La première partie de ce mémoire comprend, outre plusieurs observations très intéressantes, les résultats de 82 ligatures pratiquées sur des artères considérables ; à côté des causes, on voit quelle est l'artère malade et quel est le procédé qui a été employé :

| | |
|---|---|
| Artère poplitée. . . . | 1 pour un anévrisme spontané ; méthode ancienne. |
| Artère crurale, 46. . | 3 pour plaies récentes ; |
| | 2 pour hémorrhagies consécutives à des plaies d'armes à feu ; |
| | 2 pour ouverture imprévue de l'artère crurale dans une opération ; |
| | 7 pour hémorrhagies consécutives à l'amputation de la cuisse ou de la jambe ; |
| | 1 pour un anévrisme crural opéré par la méthode de Hunter ; |
| | 2 pour un anévrisme crural opéré par la méthode ancienne ; |
| | 2 pour tumeurs fongueuses du tibia ; |
| | 27 pour des anévrismes poplités opérés par la méthode de Hunter. |
| Artère brachiale, 20. | 10 pour anévrismes faux consécutifs du pli du bras ; |
| | 6 pour anévrismes artérioso-veineux ; |
| | 2 pour hémorrhagie consécutive à l'amputation du bras ou de l'avant-bras ; |
| | 1 pour un anévrisme spontané de l'artère cubitale ; |
| | 1 pour une tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité inférieure du radius ; |
| Carotide primitive, 6. | 1 pour une tumeur fongueuse sanguine de l'orbite ; |
| | 2 pour plaies de la face ou du cou ; |
| | 3 comme ressource préventive dans des opérations. |

Axillaire. . . . . 4 ligatures, toutes faites immédiatement au-dessous de la clavicule ;
1 pour un anévrisme spontané ;
1 pour une plaie récente compliquée d'anévrisme faux primitif ;
2 pour des hémorrhagies à la suite de l'extirpation du bras.

Sous-clavière. . . . . 3 fois pour des hémorrhagies secondaires.

Iliaque externe. . . . 2 fois pour hémorrhagies consécutives à la ligature de l'artère crurale.

Jamais M. Roux n'a pratiqué la méthode de Brasdor ou de Wardrop.

Sur les 82 opérations, 16 appartiennent à la méthode ancienne, 66 à la méthode d'Anel ou de Hunter, en suivant dans le procédé opératoire les préceptes de Scarpa.

Sur ces 82 ligatures, 3 ont été pratiquées comme moyen prophylactique contre des hémorrhagies dans des opérations difficiles ;
5 pour des plaies récentes donnant lieu à un anévrisme faux primitif ;
2 pour la lésion imprévue d'une grosse artère dans une opération ;
19 pour des hémorrhagies consécutives d'origines diverses, dont 9 résultant d'amputations ;
1 pour une tumeur fongueuse sanguine artérielle ;
3 pour des tumeurs fongueuses des os ;
6 pour des anévrismes artérioso-veineux ;
10 pour des anévrismes faux consécutifs ;
33 pour des anévrismes spontanés, dont 28 appartiennent à l'artère poplitée.

— M. Robert donne ensuite lecture, au nom de la commission, du rapport fait sur la demande de M. le docteur Demeaux sur un cas de médecine légale.

Sur plusieurs observations faites par quelques-uns des membres de la Société, le rapport est renvoyé de nouveau à la commission.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du 8 septembre* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. le secrétaire donne lecture de deux lettres de remercîments adressés par MM. les professeurs Lawrence et Benjamin Travers. Ces deux lettres sont conçues dans des termes tellement honorables pour la Société de chirurgie qu'un sentiment de convenance nous empêche de les reproduire.

M. Jarjavay fait hommage à la Société du premier volume de son *Traité d'anatomie chirurgicale.*

M. Maisonneuve offre à la Société la première partie d'un ouvrage intitulé : *Leçons cliniques sur les affections cancéreuses professées à l'hôpital Cochin*, recueillies et publiées par M. le docteur A. Favrot.

**Extrait du rapport fait sur la thèse de M. le Dr Lecomte.**

(Ectopies congéniales du testicule et maladies de ces organes engagés dans l'aine.)

M. DEBOUT, dans une des dernières séances, en rendant compte de la thèse de M. Lecomte sur les ectopies congéniales du testicule et les maladies de ces organes engagés dans l'aine, avait d'abord fait ressortir tout ce que l'étude d'un pareil sujet avait d'intéressant, non-seulement sous le rapport physiologique, mais aussi sous celui de la pathologie chirurgicale.

Après avoir ensuite exposé le plan de l'auteur et lui avoir payé un juste tribut d'éloges pour le soin avec lequel il s'est acquitté de sa tâche, M. Debout a cru devoir ne pas laisser échapper l'occasion de soumettre à la discussion de la Société deux questions sur lesquelles la science est loin d'avoir dit son dernier mot. La premiè

a trait à l'existence et à la nature de l'altération subie par les testicules inclus dans la cavité abdominale ou dans l'aine; la seconde comporte les moyens dont la chirurgie dispose pour triompher de cette évolution imparfaite ou vicieuse.

Hunter a émis cette opinion, que les glandes séminales restées dans l'abdomen ne possédaient pas les qualités qui les rendaient propres à la fécondation ; cette assertion a été souvent discutée, et M. Debout a cherché à prouver, par l'examen des faits rassemblés dans un travail récent de notre honorable collègue M. Follin, qu'elle est loin d'avoir les caractères de loi qu'on lui accorde, et il a résumé ainsi la question :

Lorsque aucune cause morbide apparente n'est venue exercer son influence sur l'évolution des testicules situés dans la cavité abdominale, le petit volume de ceux-ci est dû seulement à un arrêt dans leur développement organique et non à une atrophie. Des faits observés par MM. Lallemand et Wilson prouvent que cet état observé sur des testicules descendus dans les bourses a pu disparaître sous l'influence des excitations vénériennes ; on ne pourrait donc pas affirmer que, chez les individus encore jeunes, chez lesquels on observe une disposition semblable et double, l'évolution des organes inclus ne se complétera pas, et qu'ils seront atteints dans leur virilité. Reste encore la question d'aptitude à la reproduction ; cette dernière ne peut être tranchée que par des expériences faites sur des animaux chez lesquels les testicules ne sont pas apparents.

De toutes les espèces de déviation du testicule, l'inclusion inguinale est celle qui prête aux considérations pratiques les plus importantes. Les points sur lesquels M. Debout a cru devoir fixer l'attention de la Société sont : 1° l'opportunité de l'intervention du chirurgien ; 2° l'époque à laquelle elle doit avoir lieu ; 3° quels sont les moyens les plus convenables à employer.

Un très grand nombre d'enfants naissent avec les testicules restés dans la cavité abdominale ; plus tard ces organes descendent, mais ce n'est pas constant : les chirurgiens chargés du conseil de révision l'ont souvent observé. Le grand nombre de déviations que M. Debout a pu examiner dans divers services des hôpitaux de Paris lui fait demander si le praticien ne doit pas intervenir lorsqu'il se trouve en présence d'une semblable anomalie. Les chances

d'erreur et surtout les exemples nombreux de lésions des testicules engagés dans l'aine paraissent au rapporteur des motifs plausibles d'intervention. A quelle époque faut-il intervenir? Faut-il provoquer la migration de l'organe, ou doit-on aider seulement son évolution? M. Debout, dans la pratique, s'est borné à ce dernier point; à propos de ce sujet, il a exposé les moyens divers dont le chirurgien peut disposer suivant l'âge des enfants.

La glande séminale renfermée dans le canal inguinal a été comparée à une anse intestinale. Or les mêmes causes qui favorisent dans l'enfance la formation des hernies peuvent aider à la descente des testicules; on en a vu des exemples : le chirurgien ne doit donc repousser aucun moyen naturel. Plus tard, vers la puberté, on peut s'adresser à des moyens directs plus actifs; tous les exercices gymnastiques peuvent être d'une grande utilité. Parmi les diverses ressources chirurgicales, M. Debout signale l'emploi du bandage que, d'après le conseil de M. Guersant, il a employé avec succès pour empêcher le testicule de remonter après avoir franchi l'anneau. Il blâme énergiquement toute opération sanglante dans laquelle on va chercher le testicule pour l'amener au dehors.

M. Follin. M. Debout s'est élevé contre l'opinion de Hunter, qui regarde comme défectueux les testicules retenus dans l'anneau ou dans le ventre; par cela même il a été amené à discuter les faits que j'ai publiés dans un travail inséré aux *Archives de médecine* (juillet 1851). Ces faits venaient démontrer l'assertion de Hunter. Par des dissections et des examens microscopiques, je suis, je crois, parvenu à établir que presque tous les testicules retenus à l'anneau ou dans l'abdomen subissent dans leur volume ou leur texture des modifications profondes. Ainsi, la plupart de ces testicules sont atrophiés; la plupart aussi éprouvent une grave altération dans leur texture; les canalicules séminifères se résorbent, et les cloisons fibreuses, qui seules persistent, donnent à la substance testiculaire l'apparence du tissu fibreux. Dans d'autres cas, j'ai trouvé ces testicules envahis par une infiltration graisseuse. Les pièces que j'ai déposées au musée Dupuytren sont destinées à démontrer ces divers modes d'altération. Depuis, dans tous les cas où il m'a été possible d'examiner le sperme contenu dans ces testicules retenus à une place anormale, j'ai constamment remarqué une absence [illegible] spermatozoïdes. Quelques globules granuleux et des cellules d'[illegible]

thélium infiltrées de graisse se laissaient seuls voir dans le fluide spermatique. Appuyé sur ces faits, j'ai été conduit à soutenir que de tels organes étaient impropres à la fécondation ; car les expériences de Prevost et Dumas me semblent avoir établi que le sperme dépouillé de ses spermatozoïdes n'est plus fécondant. Comme confirmation de ce que j'avance, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des testicules pris chez un cheval anorchide. Ces testicules flottaient librement dans la cavité abdominale; leur volume est très médiocre, comparé au volume du testicule normal du cheval. L'un d'eux n'atteint pas en grosseur le quart d'un testicule sain. Ces organes sont flasques. Une coupe faite dans leur milieu n'y fait voir qu'un tissu fibreux jaunâtre mêlé à quelques canaux séminifères peu développés. Il ne m'a pas été possible d'extraire de ces testicules ni de leurs canaux déférents du véritable sperme; on n'en faisait sortir qu'un liquide jaunâtre, épais, entièrement dépourvu de spermatozoïdes.

En terminant, je ferai remarquer à la Société que les vaisseaux sanguins et les canaux déférents de ces testicules avaient éprouvé plusieurs torsions sur eux-mêmes. Ce mouvement de torsion, produit sans doute par les déplacements très fréquents qu'éprouvent les testicules au milieu du ventre, n'est peut-être pas étranger à l'arrêt de développement de l'organe. En résumé, d'après l'examen de tous ces faits, je suis porté à conclure que les testicules retenus pendant quelques années dans le canal inguinal ou dans l'abdomen, y subissent assez promptement des altérations qui compromettent gravement la sécrétion du sperme.

M. Gosselin. Je me suis occupé de faire des recherches sur les modifications que les testicules éprouvaient lorsqu'ils ne pouvaient franchir l'anneau inguinal; il ne m'est pas arrivé de rencontrer encore les deux testicules renfermés dans l'abdomen, mais constamment celui qui n'était pas descendu dans le scrotum m'a paru un peu atrophié. Je crois, du reste, que, dans ces cas, il faut toujours examiner au microscope si le liquide renferme des spermatozoïdes, surtout dans le canal de l'épididyme. Chez les monorchides, le testicule apparent a un volume normal.

Cette question ne me semble pas, du reste, avoir dans la pratique une grande importance.

Au point de vue médico-légal, si les deux testicules étaient ren-

fermés dans l'abdomen, il faudrait agir avec une grande réserve, car jusqu'à ce jour on n'est pas suffisamment éclairé sur ce point.

Quel sera, dans ce cas, le rôle du chirurgien? Doit-il intervenir, comme Blandin l'a conseillé? Je ne le crois pas, il y a trop d'accidents à craindre.

Faut-il placer un bandage? C'est encore un point douteux; ainsi, lors même que le testicule est descendu, il ne faut pas oublier que constamment il a de la tendance à remonter et qu'il est exposé à être meurtri par le bandage. Lorsque chez des enfants de quatre ou cinq ans il existe une hernie, faut-il mettre un bandage? C'est encore une question bien difficile à résoudre; car si le bandage maintient la hernie, il empêche la descente et le développement du testicule. Je crois que, dans ces cas, ce qu'il y a de mieux, c'est d'observer l'enfant et de faire rentrer la hernie lorsqu'elle est gênante; il y a peut-être moins d'inconvénient à maintenir le testicule et la hernie réduits. Il me semble plus prudent d'attendre quelques années.

M. Gerdy. Je pense qu'il est plus important pour la pratique que ne le croit M. Gosselin de savoir quelle conduite il faut tenir vis-à-vis des individus qui n'ont qu'un testicule descendu dans le scrotum. On peut être consulté pour ce sujet et se trouver fort embarrassé. Un jour, trois personnes, dont l'une devait se marier, vinrent me consulter pour savoir si un individu monorchide était apte à pouvoir devenir père. J'examinai le jeune homme, qui n'avait qu'un seul testicule descendu dans le scrotum, et répondis que, loin d'être incapable, il était peut-être plus apte que personne; malgré mon affirmation, l'une des personnes assistant répondit d'une manière un peu pittoresque que j'avais beau dire, mais que jamais elle ne voudrait d'un pareil gendre.

J'ai dans ce moment, à la Charité, un malade chez lequel le testicule est encore dans l'aine, et qui a en outre une hernie; j'ai fait construire pour lui un bandage à pelote échancrée pour ne pas léser le testicule. On obtiendrait un bon résultat si on pouvait séparer le testicule de la hernie.

Je disais tout à l'heure qu'il faut faire grande attention quand on est consulté sur de pareils sujets; il est difficile de se faire une idée des préjugés qui règnent dans certaines classes. Ce dont il faut surtout bien se garder, c'est d'affirmer qu'un individu est incapable

d'avoir des enfants parce que les deux testicules ne sont pas très développés ou qu'ils sont inégaux.

M. Chassaignac. J'ai essayé d'employer la ventouse chez un individu dont le testicule était au voisinage de l'anneau. Ce jeune homme était entré dans mon service pour être opéré d'une bride résultant d'une brûlure. Pendant les trois mois qu'il resta à l'hôpital, j'appliquai journellement une ventouse dans le but de faire marcher le testicule; mais ce fut en vain. La ventouse n'était pas plutôt enlevée que le testicule remontait brusquement; il arriva même que, sous l'influence de ces manœuvres, il survint une hydrocèle, peut-être même un commencement de hernie. A cette époque le malade quitta l'hôpital, et depuis je ne l'ai point revu. A l'occasion de l'emploi de la ventouse, je dirai qu'il faut avoir soin, avant de l'appliquer, d'enduire la peau d'un corps gras pour ne pas attirer celle des parties voisines et ne pas causer une tension très douloureuse.

M. Michon. Notre collègue M. Debout a demandé que la discussion de la Société de chirurgie fixât la science sur la question importante qu'il a soulevée. Pour mon compte, je viens apporter des doutes seulement. M. Follin présente des faits et des pièces anatomiques empruntés à la médecine vétérinaire. Dans les animaux comme dans l'homme, la question est complexe. Chez eux, en effet, les testicules présentent, comme chez l'homme, des vices de conformation et de position différents; l'âge de la vie auquel on les étudie doit être pris en grande considération.

Lorsque les deux testicules sont retenus dans l'abdomen, les animaux sont dits *anorchides* et *monorchides* lorsqu'un seul testicule présente ce vice de position. Mais les testicules retenus dans l'abdomen n'affectent pas toujours une position unique et dans une même région ; ils peuvent rester dans la région lombaire, ou bien se présenter près de l'orifice de l'anneau inguinal. On comprend qu'ils peuvent avoir subi un arrêt de développement ou un travail d'atrophie ; il est certain aussi que, dans un bon nombre de cas, ils présentent du moins toutes les apparences d'un testicule normalement conformé.

J'ai vu plusieurs fois dans la race porcine des individus monorchides, qui avaient subi l'ablation du testicule sorti au dehors, être soumis (parce qu'ils étaient vicieux et réfractaires à l'engraisse-

ment) à l'extraction de l'autre testicule par l'ouverture de l'abdomen. Ces testicules, restés dans la région iléo-lombaire, étaient retenus par un cordon court, vasculaire et bien nourri ; ils m'ont présenté les apparences d'un testicule sain. Mais ils n'ont pas été examinés au microscope ; je ne pourrais pas dire s'ils contenaient des animalcules spermatiques.

Les poulains que l'on castre vers l'âge de deux ou trois ans sont quelquefois monorchides, et les opérateurs ambulants se hâtent de couper le testicule sorti au dehors, parce qu'ils ont la conviction que l'ablation de ce testicule détermine l'évolution complète de celui qui est resté en dedans, et alors la castration est opérée en deux fois. Eh bien, dans l'intervalle de ces deux opérations, avant que le second testicule fût sorti, il est arrivé plusieurs fois à ma connaissance que des paternités ont été attribuées à ces poulains monorchides, parce qu'il ne se trouvait pas dans les environs d'autres chevaux ayant des testicules. Je ne cite pas ces faits comme des preuves scientifiques, ils n'en ont pas tous les caractères. J'ai dit que j'apportais des doutes.

Tout récemment le *Recueil de médecine vétérinaire pratique* a traité un point de cette question à l'occasion d'un cheval de course célèbre qui se trouve être anorchide.

Un vétérinaire dont le savoir et le mérite sont d'une grande autorité, M. Roubaux, a émis l'opinion que les chevaux anorchides sont inféconds. Il a rapporté, à l'appui, l'observation qu'il a faite sur un cheval âgé, auquel un testicule avait été enlevé par la castration, l'autre étant resté dans l'abdomen. Cet animal a pu monter trois fois une jument dans un laps de temps assez court, et le liquide de l'éjaculation recueilli dans un vase fut immédiatement examiné au microscope sans qu'on pût y reconnaître d'animalcules spermatiques. Cette expérience n'autorise pas, selon moi, une conclusion absolue. D'abord l'animal ne se trouve pas exactement dans les conditions des anorchides. Il a perdu par l'opération un testicule normal, celui qui lui reste dans l'abdomen a probablement subi bien des vicissitudes, car l'animal est âgé.

L'observation journalière apprend que les testicules retardataires, soit qu'ils finissent par sortir, soit qu'ils restent inclus dans l'abdomen, sont soumis de temps en temps à des efforts d'expulsion comparables sous quelques rapports au travail qui se remarque dans

la sortie difficile des dents de sagesse, et que ces inflammations répétées, capables dans quelques cas d'amener des adhérences avec les parties voisines, peuvent bien aussi conduire graduellement à l'atrophie de l'organe inclus. Il me semble que, tout en accordant beaucoup de valeur aux recherches anatomiques et microscopiques, il est à désirer que l'expérimentation physiologique vienne compléter les données anatomiques, et que plusieurs animaux anorchides soient, dans des conditions variées, essayés à la reproduction. Cela paraît d'autant plus nécessaire, que dans le même recueil on cite des exemples de chevaux anorchides qui auraient été de bons reproducteurs. N'est-il pas possible d'admettre que ces animaux ne se trouvent pas tous dans les mêmes conditions, et que parmi il y en ait avec des testicules occupant des positions différentes, les uns avec arrêt de développement, les autres avec atrophie, quelques-uns enfin peut-être avec des testicules normalement développés? Un fait bien remarquable reste acquis, c'est que presque tous montraient de l'aptitude à la copulation.

Dans l'homme, la question qui peut recevoir quelques lumières de l'étude des animaux au point de vue de l'anatomie et de la physiologie, prend une bien plus grande importance quand il s'agit de thérapeutique. La chirurgie doit-elle et peut-elle intervenir utilement pour favoriser la descente du testicule? La médecine opératoire me paraît devoir être mise de côté. Il importe de distinguer l'époque de la vie à laquelle on observe ce vice de conformation. Chez les adultes il y a peu de chose à espérer, peu de chose à tenter. Lors même que le testicule a franchi l'anneau, il ne descend pas dans le scrotum, non-seulement parce que la bourse ne s'est pas développée, mais surtout parce que le gubernaculum n'existe pas ou n'existe plus. J'ai dans un cas de ce genre, chez un adulte de vingt-cinq à trente ans, appliqué aussi, sans aucune espèce de succès, des ventouses. Ce jeune homme n'éprouvait aucune souffrance; il avait le désir de se marier, et était surtout préoccupé de l'idée de se présenter à une femme dans cet état d'apparente infériorité, quoiqu'il parût poussé par un désir assez vif de rapprochement sexuel. Mes efforts ayant été inutiles, je l'ai perdu de vue.

A l'époque de la puberté, la chirurgie peut être d'une grande utilité, surtout si on saisit l'instant favorable. Il y a quelques années, alors qu'on regardait encore l'occlusion du testicule dans l'ab-

domen comme une circonstance plutôt favorable que défavorable à la génération, on fermait l'anneau par un bandage, dans la crainte que le testicule ne fût suivi par une hernie. Le précepte était donné et suivi par Marjolin, celui de mes maîtres pour la mémoire duquel j'ai le plus profond respect et la plus vive reconnaissance. Cette pratique a non-seulement le mauvais effet moral dont il a été question, de ne laisser apparaître qu'un seul testicule; mais elle expose à des douleurs violentes chaque fois que le testicule est poussé par un travail, un effort de la nature qui tend à le porter au dehors. Un exemple de ce genre est à ma connaissance.

Il convient d'abandonner les choses aux efforts de la nature en exerçant une surveillance attentive, et de retenir le testicule au dehors en fermant l'anneau avec un bandage. C'est ce que j'ai fait deux fois avec un succès complet. Dans un des deux cas, la lutte fut fort longue et dura plus d'une année. Plusieurs fois le testicule sorti rentra dans l'abdomen, parce que je n'étais pas là pour placer le bandage, parce qu'un effort l'avait déplacé, et le testicule rentré restait un temps assez long, quelquefois plus d'un mois, avant de sortir de nouveau; enfin l'anneau s'est refermé sous la pelote d'un bandage, et le testicule est resté logé définitivement dans le scrotum avec son développement ordinaire, sans que le jeune homme, aujourd'hui adulte, ait conservé de hernie ni d'incommodité.

Lorsque la descente du testicule est compliquée de hernie, il est manifeste qu'il ne saurait y avoir de règle générale; si la hernie est sans adhérence avec le testicule, elle doit être retenue dans l'abdomen et le testicule maintenu au dehors. C'est la conduite que j'ai tenue chez un jeune vétérinaire chez lequel j'avais pratiqué l'opération de la hernie inguinale pour un étranglement très grave. L'entérocèle congéniale était accompagnée d'un testicule non complétement descendu dans la bourse; j'ai réduit l'entérocèle et maintenu avec succès le testicule au dehors. Dans le cas d'adhérences de l'intestin avec le testicule, la conduite à tenir doit être différente; elle n'est pas susceptible de préceptes généraux.

M. Larrey. La discussion qui vient de s'engager à l'occasion de la première partie du rapport de notre honorable collègue M. Debout aurait été plus opportune peut-être après la lecture de la seconde partie de ce rapport, en nous permettant mieux d'en apprécier l'ensemble et les détails. Il est à remarquer, en effet, que

cette discussion a devancé sur plusieurs points l'étude et l'analyse des faits; c'est pourquoi je réduirai aux termes d'une observation générale ce que j'ai à dire à cet égard : j'y suis, d'ailleurs, quelque peu engagé par le sujet même de la thèse, dont j'avais indiqué le choix à M. Lecomte, en lui fournissant une partie des matériaux nécessaires à son travail, sur les *ectopies congéniales des testicules*.

La fréquence des anomalies du siége de ces organes est telle, que les médecins militaires sont à même d'en observer un grand nombre. Les variétés que j'ai rencontrées, pour ma part, notamment dans les conseils de révision, m'ont engagé à les différencier sous les titres d'*inclusions pelvienne, inguinale, périnéale*, etc. La classification et l'étude de ces anomalies, ainsi que les recherches d'histoire, d'anatomie et de clinique me paraissent avoir été assez bien exposées par l'auteur de la thèse pour qu'il appartienne à M. le rapporteur seulement d'en apprécier la valeur.

Mais il me semble, et M. Debout me permettra de le lui dire, il me semble que son rapport, dans la première partie du moins, est plutôt une dissertation générale sur les ectopies testiculaires qu'une analyse spéciale de la thèse de M. Lecomte. L'appréciation qu'il a faite en même temps des *études* de notre honorable collègue M. Follin, *sur les anomalies de position et les atrophies du testicule*, quoique appartenant au même sujet, ne permet pas, d'après l'audition du rapport, de différencier nettement ce qui lui est propre de ce qui appartient à l'un ou à l'autre des deux travaux en question.

Si maintenant j'avais à me prononcer aussi sur la question délicate de la virilité, dans les cas d'inclusion abdominale du testicule, en admettant d'ailleurs les différents degrés d'altération, de transformation ou d'atrophie signalés par MM. Follin et Gosselin, je n'hésiterais pas à soutenir, comme le professeur Gerdy, que les cryptorchides se trouvent souvent placés dans des conditions telles, qu'ils peuvent inspirer aux femmes un éloignement absolu ou ressentir eux-mêmes un profond chagrin de leur apparente infirmité. Il faut dire *apparente*, parce que dans bon nombre de cas, ainsi que l'a observé M. Michon chez certains animaux, l'absence extérieure des testicules n'est pas incompatible avec la faculté procréatrice. Je suis d'autant plus porté à le croire, lorsqu'il s'agit d'une inclusion pelvienne plutôt que d'une inclusion inguinale, celle-ci

exposant davantage le testicule à diverses altérations et à l'atrophie par compression.

Quant à l'intervention chirurgicale dans les anomalies de position du testicule, elle me semble aussi devoir être très-réservée, soit comme traitement mécanique, soit comme médecine opératoire, à moins d'indications spéciales. C'est, du reste, une question qui sera discutée plus à propos lorsque M. Debout aura complété la lecture de son savant rapport.

M. Debout. En donnant l'analyse de la première partie de la thèse de M. Lecomte, je crois n'avoir rien omis. M. Lecomte a exposé l'état actuel de la science; il a, de plus, employé un mot heureux, celui d'inclusion, qui n'entraîne pas avec lui l'idée d'atrophie ou de modification de l'organe. Je crois aussi qu'il faut ne pas perdre de vue qu'il y a une grande différence entre la virilité et l'aptitude à la reproduction.

M. Guersant. Très souvent, à l'hôpital des Enfants, on nous amène de jeunes sujets chez lesquels l'évolution du testicule est incomplète, et voici la pratique que je suis habituellement dans ces circonstances :

1° Dans les cas où le testicule se présente à l'anneau seul, sans hernie, je conseille de ne pas s'en occuper et d'attendre les efforts de la nature.

2° Lorsque le testicule commence à sortir de l'anneau et qu'il y a hernie, je me trouve bien de faire porter le bandage herniaire en l'appliquant avec beaucoup de précaution, de manière à chasser le testicule et à maintenir la hernie; mais ce moyen n'est bon qu'autant que l'enfant est docile et comprend la manière d'appliquer lui-même son bandage, ou que ses parents sont assez soigneux et assez intelligents pour surveiller l'enfant en l'absence du chirurgien.

3° Enfin, lorsque la hernie adhère au testicule, et que tous deux, en franchissant l'anneau, déterminent des accidents répétés, je crois qu'un bandage herniaire doit maintenir le tout réduit.

Ces différents cas se présentent très souvent à l'hôpital des Enfants, et je n'ai point eu à me plaindre de la conduite que je viens d'indiquer.

J'ajouterai qu'un bon nombre d'individus de douze à quinze ans

restent avec un testicule engagé à l'anneau sans qu'il sorte jamais complétement.

M. Chassaignac. J'ai vu deux fois, à la suite d'un bandage mal appliqué, le testicule dévié de sa position naturelle, relégué au niveau de l'anneau crural et simuler une hernie.

M. Robert donne ensuite lecture du rapport suivant, adopté par la commission, en réponse à une demande de M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque.

**Rapport sur une note relative à une fracture de l'épine de l'omoplate considérée sous le point de vue médico-légal, par M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque.**

(Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.)

M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, a communiqué à la Société de chirurgie un fait qui n'a qu'un intérêt médiocre au point de vue scientifique, mais qui soulève une assez grave question sous le rapport de la médecine légale.

Le 23 mai 1852, un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution grêle, reçoit sur la joue gauche un vigoureux soufflet qui le renverse violemment à terre; l'épaule droite porte sur le sol. Il se relève, peut mouvoir ses bras et les croiser sur sa poitrine; mais le lendemain les douleurs qu'il ressent dans l'épaule droite lui interdisent tout mouvement du bras correspondant.

Le 25 au matin, M. Demeaux l'examine et constate l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate caractérisée par une vive douleur au siége de la lésion, la crépitation, la mobilité du fragment acromial. Le déplacement était nul, la rougeur et le gonflement peu prononcés.

Notre confrère se contenta de soutenir le bras avec une écharpe et de surveiller le malade.

Le 27 mai, les signes de la fracture furent de nouveau constatés sans peine. M. Demeaux revit le malade plusieurs fois dans le courant du mois de juin; tout alla pour le mieux.

Les choses en étaient là lorsque deux confrères de la localité mirent en doute l'existence de la fracture. D'après le premier, « une » fracture de l'omoplate ne saurait avoir lieu qu'à la suite d'un » coup de barre ou d'un coup d'arme à feu, et d'ailleurs avec une » pareille lésion tout mouvement du bras eût été impossible. » Le

second confrère, appelé par la partie adverse, a été judiciairement chargé de visiter le blessé. Il a fait son examen le 30 juin, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, et a déposé que, « d'après » la nature de la chute, attendu qu'il n'y avait ni ecchymose, ni » engorgement, ni difformité, et qu'il n'avait pas été appliqué d'ap- » pareil convenable, il conclut que la fracture de l'épine de l'omo- » plate n'avait jamais existé. »

La justice s'est prononcée, et a adopté des conclusions en rapport avec les dispositions et l'opinion des deux contradicteurs de M. Demeaux. Appel a été fait de ce jugement, et un autre tribunal sera bientôt appelé à statuer définitivement sur ce débat.

Tel est, en résumé, l'exposé du fait sur lequel M. Demeaux invoque aujourd'hui les lumières de la Société de chirurgie en la priant de répondre aux questions suivantes :

1° Une chute, dans laquelle l'épaule porte sur le sol, peut-elle déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate ?

2° Avec une fracture de l'épine de l'omoplate, le malade peut-il exécuter des mouvements, croiser les bras, se livrer à un léger travail ?

3° Une écharpe est-elle suffisante pour guérir sans difformité une fracture de l'épine de l'omoplate qui n'était compliquée d'aucun déplacement ?

4° De ce que trente-huit jours après une chute sur l'épaule on ne trouve ni *ecchymose*, ni *engorgement*, ni *difformité*, est-on autorisé à en conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a pas existé ?

Messieurs, la Société de chirurgie ayant manifesté l'intention de n'intervenir dans cette discussion que d'une manière générale et dans l'intérêt seul de la vérité, votre commission se bornera strictement à vous soumettre les réponses qui lui ont paru devoir être adressées à chacune des questions posées par notre confrère.

1° A la première question : il est certain qu'une chute sur l'épaule peut déterminer une fracture de l'épine de l'omoplate. L'exemple suivant en démontre la possibilité :

Le 30 juin dernier, M. le professeur Velpeau a eu l'occasion rare d'observer une fracture de cette espèce : le blessé était tombé à la renverse sur un talus; l'épaule gauche avait porté sur le sol, et au

même moment une vive douleur s'était fait ressentir dans cette région (*Gazette des Hôpitaux*, 1852, p. 326).

A l'observation directe, on peut joindre les données fournies par l'induction. En effet, l'acromion, dont les fractures doivent survenir par le même mécanisme que celles de l'épine scapulaire dont elle est la continuation, se fracture souvent à la suite de chutes sur le moignon de l'épaule : ce fait est connu de tous les praticiens.

2° A la deuxième question : il n'est pas douteux qu'un blessé affecté de fracture de l'épine de l'omoplate ne puisse exécuter des mouvements variés avec le membre correspondant et même se livrer à un léger travail. En effet, ces fractures n'étant accompagnées d'aucun déplacement et les fragments étant maintenus par les masses charnues des muscles sus et sous-épineux d'une part, et de l'autre par les aponévroses résistantes des muscles trapèze et deltoïde, les mouvements de l'épaule et du bras ne doivent être que médiocrement douloureux. Qui ne sait d'ailleurs que dans des conditions moins favorables diverses fractures n'apportent qu'un faible obstacle à la mobilité des leviers osseux? Qui n'a vu des malades faire usage de leur membre après des fractures de la clavicule, de l'acromion, de l'humérus, du col du fémur, etc. ?

Du reste, l'observation directe se charge de répondre péremptoirement à la question qui nous est adressée. En effet, chez le blessé observé par M. Velpeau, tous les mouvements du bras étaient possibles, mais seulement gênés et douloureux.

3° A la troisième question : L'emploi d'une simple écharpe est suffisant pour permettre la consolidation des fractures de l'épine de l'omoplate; c'est même à ce moyen que se bornent la plupart des praticiens de nos jours. Il n'existe, en effet, dans cette espèce de fracture aucun déplacement à prévenir ou à combattre, et la seule indication est de placer le bras dans le repos.

4° A la quatrième et dernière question : La manifestation de l'ecchymose dans les fractures varie beaucoup trop pour être, en général, un signe de quelque valeur dans le diagnostic de ces lésions; l'épine de l'omoplate, en particulier, étant recouverte par les aponévroses des muscles trapèze et deltoïde, ces plans fibreux demeurés intacts, ainsi que l'aponévrose sous-épineuse, ne doivent-ils pas empêcher le sang épanché autour du foyer de la fracture de pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané ?

Mais si l'absence de l'ecchymose, même après une chute récente sur l'épaule, n'autorise point à nier l'existence d'une fracture de l'épine de l'omoplate, à plus forte raison l'absence de ce symptôme au bout de trente-huit jours ne saurait-elle permettre une pareille conclusion ; en effet, l'ecchymose est un phénomène essentiellement temporaire; et, en supposant qu'elle eût existé primitivement, trente-huit jours sur un sujet jeune ne sont-ils pas plus que suffisants pour faire résorber le sang infiltré dans le tissu cellulaire ?

L'absence de difformité et d'engorgement au bout de trente-huit jours n'autorisent pas plus que l'absence d'ecchymose à conclure qu'une fracture de l'épine de l'omoplate n'a point existé : en effet, 1° il ne saurait y avoir de difformité à la suite d'une fracture qui n'a donné lieu à aucun déplacement; 2° quant à l'engorgement, il est aujourd'hui bien avéré que, lorsque les fragments d'une fracture sont restés en contact, le périoste qui les avoisine n'est le siége d'aucun épaississement, d'aucune induration, en un mot d'aucune saillie appréciable et capable surtout de révéler à travers les parties molles l'existence de la solution de continuité.

Telles sont, messieurs, les réponses que votre commission vous propose de faire aux diverses questions posées par M. le docteur Demeaux.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 15 *septembre* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Bertini, de Turin, assiste à la séance.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion de cette lecture :

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance, notre honorable collègue M. Michon est entré dans quelques détails de médecine vétérinaire qui peuvent aider à élucider certains points d'une question encore en litige. Comme dans ces circonstances il est bon de rassembler le plus de faits possible, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous communiquer un cas d'atrophie des testicules chez un che-

val; ce fait a donné lieu à un débat judiciaire dans lequel plusieurs vétérinaires distingués furent appelés à émettre leur avis.

Voici l'analyse du rapport fait par M. Bouley jeune. (Cette observation et le rapport sont consignés dans le tome 1er, 1832, du *Recueil de médecine vétérinaire pratique.*)

La question est ainsi posée :

Un cheval chez lequel les testicules n'ont acquis que le cinquième environ de leur développement normal, vendu et garanti cheval entier, doit-il être considéré comme tel ? (Résolution négative.)

Un cheval avait été vendu 1,124 fr. et garanti entier. Comme ses testicules n'étaient point apparents, l'acheteur crut que le cheval était hongre et le refusa. M. Bouley, appelé comme arbitre pour déterminer si le cheval était entier, remarqua qu'il n'existait à l'extérieur aucune apparence de testicules, et que le scrotum n'offrait aucune cicatrice. La main droite introduite dans le rectum et dirigée vers les anneaux inguinaux, ne fit pas reconnaître la présence des testicules dans l'abdomen. Les parties supérieures et latérales du fourreau ayant été examinées, il fut reconnu que l'animal portait, du côté droit, à l'extrémité d'un cordon très court, un testicule du volume d'un petit œuf de poule, que la même disposition existait à gauche et que le testicule était encore moins développé.

Dans un premier rapport, M. Bouley répondit qu'il résultait de son examen que le cheval portait deux testicules, et qu'il n'était point hongre; mais, attendu que les testicules n'avaient acquis que le cinquième environ de leur développement normal, qu'ils étaient atrophiés, ils ne pouvaient par conséquent remplir qu'imparfaitement leurs fonctions. En conséquence, le marché devait être annulé. Appel ayant été fait de cette décision, une commission composée de MM. Yvard, Huzard fils, Vatel et Blandin examina de nouveau l'affaire, et les conclusions furent en tout semblables à celles de M. Bouley, qui pensait qu'un cheval semblable ne pouvait être employé à la reproduction.

### Correspondance.

M. le secrétaire donne lecture de deux lettres de remercîments adressés à la Société de chirurgie, l'une par le professeur Guthrie,

l'autre par sir Benjamin Brodie, à l'occasion de leur récente nomination d'associés étrangers.

M. le docteur Richet, chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours, écrit à la Société pour obtenir le titre de membre titulaire. Cette lettre est accompagnée d'un travail manuscrit.

M. le docteur Lucas Championnière adresse le numéro de septembre 1852 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. le docteur Mavel, d'Ambert, adresse une observation de dystocie causée par une inversion du vagin.

M. Danyau est chargé de rendre compte de ce dernier travail.

M. le docteur Nivet, de Clermont, adresse à la Société une note sur les goîtres estivals épidémiques et variqueux observés dans le département du Puy-de-Dôme.

M. Deguise fils est chargé d'en rendre compte.

M. Danyau informe la Société que M. Cullerier étant malade depuis quelque temps, il lui est impossible de prendre part à ses travaux.

M. le président désigne MM. Michon, Danyau et Gosselin pour se rendre, au nom de la Société, près de M. Cullerier.

**Développement anormal du frein de la lèvre avec fissure médiane.**

M. Lionnet, de Corbeil, membre correspondant de la Société, présente une jeune fille de dix ans, chez laquelle il y a, outre un développement anormal du frein de la lèvre, une fissure médiane qui, pendant l'hiver, se convertit en une fissure très douloureuse. Le bourrelet muqueux n'est pas très prononcé.

M. Lionnet désire avoir l'avis de la Société sur la conduite à tenir dans cette circonstance. Son opinion serait d'enlever une portion du bourrelet muqueux et ensuite de refouler la lèvre en dedans.

M. Forget. J'attribue la persistance des fissures labiales au vice de conformation de la lèvre qui, renversée en dehors, a sa face muqueuse constamment au contact de l'air et des corps extérieurs. Pour remédier à ce vice de conformation, je conseillerai de pratiquer une excision de la bride et d'en emporter un lambeau triangulaire assez considérable pour qu'après la cicatrisation la difformité ne se reproduise plus.

M. Guersant dit qu'il ne trouve pas chez l'enfant les caractères

d'une constitution lymphatique. Si M. Lionnet a recours à une excision, il devra la faire très largement.

**Tumeur de la fosse iliaque droite causée par un calcul rénal.**

M. Giraldès lit un rapport sur la candidature de M. Prescott-Gardner Hewett, adjoint à l'hôpital de Saint-Georges, etc.

Un chirurgien distingué des hôpitaux de Londres, M. Prescott-Gardner Hewett, sollicite l'honneur d'être inscrit au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie. A l'occasion de sa demande, il vous adresse une observation d'anatomie pathologique très rare, peut-être même unique dans les annales de l'art.

Avant de vous faire connaître cette observation, permettez-moi de vous rappeler que les différents travaux qui accompagnent les demandes du titre de membre correspondant ne doivent être que l'occasion de vous faire connaître et apprécier les titres scientifiques et la position chirurgicale des postulants. Ce ne sont pas des titres absolus à vos suffrages. Quelle que soit la valeur de ces travaux, la Société de chirurgie a le droit d'être sévère dans ses choix; elle ne doit accorder le diplôme de membre correspondant qu'à des chirurgiens connus par leurs travaux ou par leur position chirurgicale.

L'observation qui vous est adressée par M. Hewett a trait à une tumeur de la fosse iliaque droite, formée par un calcul logé dans le bassinet du rein droit. Je traduis cette observation.

Dans le mois de février 1847, dit M. Hewett, j'ai été appelé pour faire l'ouverture du corps d'une dame âgée de soixante-seize ans, morte à la suite d'accidents cérébraux après quelques jours de maladie.

Avant de procéder à l'autopsie, le médecin de la malade appela mon attention sur une tumeur volumineuse située dans la fosse iliaque droite. La maigreur du cadavre permettait d'en bien constater le volume et la forme régulière.

Cette tumeur avait le volume du poing; elle était dure, et remplissait la fosse droite en se prolongeant en haut vers la colonne vertébrale; en dedans, vers la cavité pelvienne, où elle semblait continue.

Sur ce fait j'ai recueilli les renseignements suivants : La malade

était sujette à des constipations. Il y a quatre à cinq ans, en explorant l'abdomen à la suite d'un de ces accidents, on découvrit dans la fosse iliaque droite une tumeur dure. Comme la malade ne s'en plaignait pas, on supposa qu'elle était produite par des matières fécales accumulées dans le cœcum. Des purgatifs ont été administrés; la malade rendit beaucoup de matières, et à la suite de cette évacuation la tumeur sembla diminuer de volume; on ne s'en occupa plus, surtout en raison de la répugnance qu'avait la malade à se laisser explorer. Plus tard on la retrouva une ou deux fois dans la même région, à la suite des constipations.

Depuis cette époque il n'en fut plus question. Quelques années avant sa mort, la malade avait rendu des urines sanguinolentes chargées de mucus et alcalines; elle ne s'est jamais plainte d'accidents du côté de la vessie, elle parlait seulement de douleurs qui avaient leur siége dans la région des reins.

Voici ce que nous trouvons à l'autopsie :

Le cœcum, distendu, est repoussé dans la région hypogastrique. On constate que la tumeur dont il vient d'être question est formée par le rein droit descendu dans la fosse iliaque, et dont le bassinet est distendu par un calcul volumineux; la substance est atrophiée. Le bassinet, distendu par le corps étranger, recouvre l'uretère replié sous lui. Le calcul a une forme globuleuse lisse; il est formé par de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque. Deux petits calculs sont logés également dans le bassinet.

La vessie est mince; ses parois sont saines; sa membrane muqueuse offre quelques plaques congestionnées. Le rein du côté opposé est plus petit; sa substance est atrophiée et granuleuse. Les poumons sains. Le cœur est mou, atrophié. Les artères coronaires sont incrustées d'un dépôt calcaire. Les valvules sont saines. L'aorte offre beaucoup de plaques stéatomateuses. Les tuniques artérielles se détachent facilement les unes des autres. La portion horizontale de la crosse de l'aorte est le siége d'un anévrisme disséquant, assez volumineux et de date récente.

Le cerveau est mou; il présente l'atrophie de quelques circonvolutions dont les intervalles sont remplis par un fluide séreux. Les membranes enveloppantes sont épaissies. Néanmoins la substance du cerveau n'est pas congestionnée, et ses ventricules

contiennent point de liquide. Les artères de la base sont incrustées de matière stéatomateuse.

Cette observation, messieurs, est intéressante sous plusieurs points de vue. Elle montre l'existence d'une variété nouvelle, très rare, j'en conviens, de tumeur de la fosse iliaque, et dont il faut tenir compte dans le cas d'un diagnostic difficile et complexe.

Supposez que le rein déplacé, distendu par un calcul, se trouve dans une région siége d'une grande variété de tumeurs, qu'il s'enflamme, ou qu'un uretère et un bassinet distendus par l'urine donnent lieu à une tumeur compliquée d'accidents, et il ne sera pas difficile d'imaginer l'embarras du chirurgien ;

Qu'une tumeur de cette espèce soit observée par un chirurgien aventureux qui regarde une opération chirurgicale comme devant être toujours l'*ultima ratio* de la chirurgie, on verrait alors se renouveler des tentatives hasardées dont la science moderne a enregistré plus d'un exemple.

J'arrive à une partie plus importante de mon rapport ; je désire vous faire connaître : 1° les travaux publiés par l'auteur de cette observation ; 2° sa position scientifique.

Travaux. — M. Prescott a publié dans les *Collections de la Société médico-chirurgicale de Londres* les mémoires et observations suivants :

1° Un mémoire important sur l'étranglement des hernies par une anse épiploïque (*Medic.-ch.*, 2, vol. XXVII) ;

2° Un mémoire sur les épanchements de sang dans la cavité arachnoïde avec formation d'une nouvelle membrane (vol. XXVIII);

3° Observation d'anévrisme (vol. XXIX) ;

4° Deux observations d'encéphaloïde du cœur (vol. XXX) ;

5° Observations pour éclairer le diagnostic des productions morbides de la mâchoire supérieure (vol. XXXIV) ;

6° Dissection d'un anévrisme de l'artère poplitée traité par la compression (vol. XXXIV).

Dans les *Transactions de la Société pathologique*, M. Hewett a publié :

1° Observations de rupture du cœur à la suite de lésions traumatiques;

2° Observations de rupture de la vessie par cause traumatique.

Position chirurgicale. — M. Prescott Hewett occupe la place importante de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Georges à Londres, un des hôpitaux les plus renommés de cette capitale.

Ce chirurgien est chargé de l'enseignement de l'anatomie à l'école de médecine du même hôpital.

Nous vous proposons de nommer M. Prescott Gardner Hewett, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Georges et professeur d'anatomie à l'école de médecine de cet hôpital, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les conclusions de la commission ayant été mises aux voix et adoptées, M. Prescott Hewett est nommé membre correspondant.

### Sur la possibilité de la réduction de la luxation de l'humérus et du fémur avec fracture.

M. Richet a la parole pour la lecture d'un mémoire sur la possibilité de réduire la luxation de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur compliquées de fracture de ces os.

MM. Chassaignac, Laborie, Gosselin devront examiner ce travail et faire un rapport.

### De la brûlure.

M. le professeur Gerdy communique sur la brûlure un travail encore inédit, dont voici une courte analyse :

Après avoir défini la brûlure comme étant un ensemble de lésions ou d'affections diverses produites par la chaleur ou le calorique, ou par des caustiques et des vésicants, M. Gerdy passe à l'étude des causes nombreuses qui déterminent ces accidents, et examine quelle est l'influence de ces diverses causes au point de vue de la gravité. En traitant des effets de la brûlure, l'auteur de ce travail a cherché si on ne pourrait pas les étudier d'une manière plus précise sans tomber dans une nomenclature aussi minutieuse que celle que Dupuytren avait adoptée; Boyer, suivant lui, avait établi une classification préférable en ne comptant que trois degrés. Ce qui semble avoir été un peu trop négligé par les auteurs, c'est de considérer la brûlure au point de vue de son étendue; ce point étant d'une grande importance pour le pronostic, M. Gerdy a établi pour l'étendue de la brûlure trois degrés :

1° Brûlure érythémateuse de la peau, rubéfaction ;

2° Brûlure étendue;

3° Brûlure immense.

En profondeur, nous retrouvons également trois degrés :

1° L'érythème;

2° Brûlure avec vésication;

3° Brûlure avec eschare ou escarification.

En étudiant les divers degrés de la brûlure, soit en surface, soit en profondeur, M. Gerdy a retracé avec beaucoup de soin les causes, la marche, les effets de chacun de ces divers états et tous les accidents locaux ou généraux, primitifs ou consécutifs qui les accompagnent.

Le diagnostic, si facile qu'il soit en apparence, présente encore des difficultés, car il n'est pas toujours bien aisé de déterminer ce degré de brûlure.

Le traitement a donné à M. Gerdy l'occasion de passer en revue plusieurs méthodes générales souvent préconisées, et ce paragraphe, qui comprend la brûlure dans tous ses états, dans toutes ses périodes, renferme de nombreux préceptes de pratique.

M. Gerdy a terminé sa lecture par un aperçu historique dans lequel il a passé en revue tous les auteurs qui s'étaient occupés de ce sujet depuis Galien jusqu'à nos jours. Dans cette dernière partie de son travail, il a fait ressortir la part que M. Hervez de Chégoin avait prise tout récemment dans l'étude de cette partie de la pathologie externe.

**Tumeur fongueuse de nature cancéreuse.**

M. Demarquay présente une tumeur fongueuse de nature cancéreuse qu'il a enlevée ce matin sur une malade de son service; la tumeur occupait la cloison recto-vaginale. M. Demarquay donnera à la Société le complément de cette observation.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

## *Séance du 22 septembre* 1852.

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

### Luxation de l'humérus.

M. Chassaignac, à l'occasion du procès-verbal, communique à la Société une observation de luxation de l'humérus réduite au cinquante-sixième jour par le procédé du talon.

M. R..., ingénieur des ponts et chaussées, fait le 8 juillet 1852 une chute sur le bras étendu pour atteindre une personne qui fuyait.

La luxation était sous-coracoïdienne.

Une tentative de réduction eut lieu le jour même de l'accident. On pensa qu'elle avait abouti, de sorte que ce ne fut qu'au cinquante et unième jour de l'accident qu'on reconnut à n'en pas douter que la tête de l'humérus était toujours luxée. Le fait fut constaté par plusieurs chirurgiens très distingués et placés à la tête de services de chirurgie dans un grand hôpital.

Ces honorables confrères eurent recours au chloroforme et à l'emploi des mouffles jusqu'à ce que l'aiguille du dynamomètre marqua dans trois tentatives différentes 90, puis 100, puis 140 kilogr. Après quoi, le bras étant toujours luxé, le malade nous fut adressé par l'un d'eux.

A l'examen du membre luxé, nous constatons l'existence de la luxation sous-coracoïdienne du côté gauche avec cette particularité que le coude s'éloigne beaucoup moins du thorax que cela n'a lieu dans la luxation récente. De plus, le membre est considérablement tuméfié, surtout aux environs du coude, et excessivement douloureux. Dans les vingt-quatre heures qui précèdent la nouvelle tentative de réduction, un bandage compressif bien appliqué est placé sur le membre.

Le 1er septembre, cinquante-sixième jour après l'accident, nous procédons à la réduction de la manière suivante :

Le malade est couché tout à fait horizontalement sur une table

peu élevée. Il est soumis à l'inhalation du chloroforme jusqu'à la période caractérisée par ce que nous appelons l'état cadavérique des paupières. Des lacs mouillés sont appliqués sur la partie inférieure du bras et sur le poignet.

On fait alors exécuter au membre, converti par la flexion de l'avant-bras en une espèce de levier coudé, des mouvements de rotation en dedans et en dehors dans une très grande étendue. Pendant ces mouvements, on perçoit d'une manière bien nette des craquements qui paraissent indiquer la rupture des adhérences.

C'est après ces manœuvres préparatoires que le procédé du talon est appliqué. Une première et une seconde tentative échouent ; à la troisième, la tête de l'os rentre dans la cavité glénoïde et le membre reprend sa conformation normale.

Une fois la réduction obtenue, on place un coussin dans l'aisselle et on assure l'immobilité du membre au moyen d'un appareil à fracture de la clavicule.

La douleur et la tuméfaction furent combattues les jours suivants par des ventouses scarifiées placées au nombre de plus de 40 en quinze jours.

On insiste auprès du malade pour qu'il reste un mois à cinq semaines avant de se servir de son bras. Quand en pareille circonstance les mouvements sont repris prématurément, la capsule devient très vaste et les mouvements du membre perdent de leur *précision*.

Quoique les tentatives faites avec les poulies fussent restées sans succès, elles ont peut-être préparé le résultat définitif de l'emploi du talon. C'est là du moins ce qu'on a cru pouvoir déduire de la facilité avec laquelle se déchiraient les adhérences au moment des manœuvres rotatoires imprimées à l'articulation. On est, en effet, obligé d'admettre ou bien que des adhérences de cinquante-cinq jours d'origine n'offrent presque aucune résistance quand la résolution musculaire est complète, ou bien que, les premières adhérences ayant été rompues au cinquante-cinquième jour, celles qui cédaient si facilement au cinquante-sixième étaient de formation tout à fait récente. Cette dernière supposition nous paraît la plus vraisemblable.

— M. Danyau, au nom de la commission nommée pour aller visiter M. Cullerier, annonce que l'état de la santé de cet honora-

ble membre de la Société ne lui permet pas encore d'assister aux séances. Un congé est accordé à M. Cullerier.

— M. le président annonce que M. le professeur Alquié, de Montpellier, assiste à la séance.

**Présentation de malades.**

M. Demarquay présente à la Société un malade de son service affecté d'anévrisme poplité. Il donnera plus tard à la Société tous les détails nécessaires sur cette observation.

— M. le professeur Gerdy présente un malade chez lequel il a enlevé une tumeur cancéreuse du sinus maxillaire ; le plancher et le bord antérieur et inférieur de l'orbite gauche étaient détruits, ainsi que le nerf sous-orbitaire ; néanmoins la sensibilité à la douleur, aux piqûres persiste dans toute la joue. Dans certains points peut-être elle est un peu altérée, affaiblie ou moins précise, mais nulle part elle n'est entièrement paralysée. Les membres de la Société qui ont examiné ce malade reconnaissent sans contestation la persistance de la sensibilité dans la joue gauche. (Cet homme, chez lequel la maladie a récidivé, est celui dont M. Gosselin parlait dans une des dernières séances.)

— M. Marjolin. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade âgé de vingt-quatre ans, affecté d'une tumeur blanche du genou datant de cinq ans. Ce jeune homme habite un pays humide dans les environs du Havre. Sa constitution, comme vous le voyez, est loin de sembler affaiblie ; il n'a jamais eu aucune affection rhumatismale ou vénérienne, ni aucun engorgement scrofuleux. Il y a environ cinq ans, sans aucune cause appréciable, il sentit un craquement dans le genou droit. A dater de ce moment, l'articulation devint douloureuse, se tuméfia, et force fut au malade d'interrompre pendant quelque temps ses travaux. Du repos, quelques sangsues sur le genou et l'emploi de cataplasmes émollients constituèrent tout le traitement. A aucune époque il n'a été fait usage soit de vésicatoires, de moxas ou de raies de feu. Lorsque le malade reprit ses occupations, l'articulation du genou avait perdu sa mobilité, la jambe était étendue sur la cuisse ; cependant, malgré cette infirmité, il marchait et pouvait se livrer à tous les travaux de l'agriculture sans éprouver beaucoup de douleurs. Malgré la déformation considérable de l'articulation et l'hypertro-

phie bien manifeste des parties molles ou osseuses, les symptômes inflammatoires ont passé en quelque sorte d'une manière inaperçue. Rarement le malade a interrompu ses travaux. Mais depuis cinq mois il s'est manifesté une nouvelle complication. A la suite d'une course un peu longue, la jambe a commencé à se fléchir sur la cuisse, et l'articulation est devenue un peu sensible. Cette nouvelle position du membre gêne beaucoup le malade, qui ne peut plus marcher autrement qu'avec une béquille. Dans cette circonstance, je demanderais à ceux de nos collègues qui voudront bien examiner le malade quelle marche il faut suivre. Vaut-il mieux, dans l'état actuel, qui paraît peu inflammatoire, procéder lentement, graduellement à l'extension du membre, ou le ramener brusquement à sa rectitude normale par les moyens en usage aujourd'hui?

M. Roux. Je crois que notre confrère doit, dans ce cas, suivre franchement son impulsion, en ayant le soin d'observer attentivement les complications qui surviendraient pour les combattre.

M. Gerdy. Il arrive souvent que les tumeurs blanches qui guérissent se terminent par l'ankylose de l'articulation affectée; mais j'ajouterai que le plus habituellement ce ne sont pas de véritables ankyloses, ce sont des ankyloses incomplètes. Si actuellement le genou malade n'est pas le siége d'une inflammation trop vive, il faut le redresser. J'ai souvent, de cette manière, obtenu de bons résultats. Avant tout, ce qu'il faut éviter, c'est de laisser l'articulation prendre une forme gênante pour le malade.

Avant d'en venir à un parti extrême, il faut employer tous les moyens; et à ce sujet je rapporterai le fait suivant:

Un malade avait été amputé d'un membre pour une tumeur blanche; au bout de peu de temps une autre tumeur blanche se manifesta au coude; des abcès survinrent, puis des hémorrhagies. L'épuisement était extrême; une seule chance restait, l'amputation; je la proposai timidement au malade, qui s'y refusa et sortit de l'hôpital. J'ignore ce qui fut fait depuis; mais deux ans après je fus très étonné de retrouver mon malade à la Charité, ayant conservé son coude.

Lorsque les articulations ne sont déformées que par la rétraction des tissus fibreux, il arrive souvent qu'elles reprennent leur forme normale lorsque cette rétraction a cédé par suite de l'emploi de

l'extension ou des antiphlogistiques. Cette rétraction cède avec autant de promptitude qu'elle se produit. Cela se voit souvent pour l'articulation de la mâchoire. Les paupières, dans leur occlusion, présentent un phénomène analogue.

M. Robert. Je partage entièrement l'avis de M. Gerdy sur les avantages que l'on peut retirer de l'extension. Je crois que c'est un moyen dont on use trop peu. J'ai vu chez deux femmes la flexion de la cuisse tellement prononcée que le talon touchait la tubérosité de l'ischion; je priai notre honorable confrère M. Bouvier de venir dans mon service, et pendant que les malades étaient chloroformées on procéda à l'extension: les douleurs cessèrent de suite.

Tout récemment encore j'ai vu un homme dont la jambe était fortement fléchie sur la cuisse; il y avait de la douleur; l'extension fut pratiquée avec succès.

Il me semble que la chirurgie devrait agir avec plus de hardiesse dans ces cas; car on ne peut pas se dissimuler que quelquefois des manœuvres faites par des gens inexpérimentés n'ont été suivies d'aucun accident.

M. Deguise fils. Je crois que M. Robert a été trop loin en accordant que souvent ces manœuvres sont innocentes. Loin de là, plusieurs fois j'ai été à même de constater des accidents tellement graves, qu'il a fallu recourir à l'amputation. Au nombre des faits dont j'ai été témoin, je pourrais citer le fils de l'économe de la maison de Charenton. Comme beaucoup de personnes, la mère, lassée de voir une maladie se prolonger, alla consulter une personne étrangère à la médecine, qui fit si bien, qu'il fallut peu de temps après amputer le pied.

M. Guersant. Je partage aussi l'opinion de plusieurs de nos collègues sur l'opportunité de l'extension en se servant du chloroforme; et si plus tard des accidents survenaient, il ne faudrait pas hésiter à employer une méthode énergique.

M. Marjolin. Tout en remerciant ceux de nos collègues qui ont bien voulu, dans ce cas, m'aider de leurs conseils, je dirai que la plupart des réponses me laissent encore dans le doute. L'affection dont il s'agit est une affection complexe; non-seulement les os qui concourent à former l'articulation sont malades, mais il semble qu'il existe à la partie interne de l'articulation un corps étranger assez mobile. Mon but en consultant la Société était de savoir

quelle était, dans cette circonstance, la méthode la plus avantageuse, ou de l'extension lente, ou de l'extension brusque, comme on l'a proposée dans ces derniers temps? Je suis étonné qu'on ait sitôt perdu de vue les accidents immédiats qui ont accompagné les premières tentatives d'extension brusque faites à une autre époque. Pour ma part, j'ai toujours cru que l'extension lente graduée était préférable. C'était sur ce point de la question que je désirerais avoir un avis bien précis.

Quant aux guérisons des tumeurs blanches en général, avant de se prononcer sur leur validité, il faut laisser écouler un laps de temps assez considérable, autrement on risque de commettre une erreur. Tout récemment encore, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai eu occasion de pratiquer avec succès deux amputations de cuisse pour des tumeurs blanches datant de plusieurs années et qu'on croyait guéries. Dans un cas où il existait une flexion très prononcée de la jambe sur la cuisse, j'étais parvenu, à force de soins, à rendre au membre sa rectitude naturelle. Dans les derniers temps, un appareil dextriné avait été appliqué, et je croyais avoir atteint ce but, lorsque tout d'un coup des accidents se manifestèrent sans cause connue, des abcès survinrent; en vain j'essayai, en désespoir de cause, les injections d'iode; je dus, pour sauver le malade, recourir à l'amputation.

A l'examen du membre, je reconnus que jamais il n'avait pu exister de véritable guérison; les désordres de toute nature étaient trop considérables; j'avais été témoin d'une période de répit, et rien de plus.

Aussi, en terminant, je crois qu'il serait à désirer 1° que l'on voulût bien s'expliquer sur la nature des affections articulaires qui avaient nécessité l'extension; 2° faire connaître quelle avait été la durée réelle de la guérison.

Pour ma part, je ne connais qu'un cas bien réel de guérison de tumeur blanche du genou, qui a eu lieu après une extension lente. C'était chez une jeune fille placée dans le service de mon père, à Beaujon; il y a de cela actuellement vingt ans, et la malade jouit d'une bonne santé.

**Suite de la lecture du mémoire de M. le professeur Roux sur les anévrismes.**

Dans la seconde partie de son mémoire, M. le professeur Roux

s'est attaché particulièrement à mettre en relief un des accidents qui compliquent le plus souvent la ligature des artères, les hémorrhagies consécutives. Cet accident peut dépendre de la nature de l'opération et de la manière dont elle a été pratiquée, ou même du procédé mis en usage.

Mais avant tout il faut bien distinguer le siége des hémorrhagies ; ainsi les unes s'observent au lieu même de la ligature, les autres dans un point plus ou moins éloigné.

Pour bien saisir les principales différences qui existent entre les hémorrhagies consécutives, il faut tenir compte de toutes les circonstances qui se rattachent à la ligature.

C'est dans l'application de la méthode de Hunter qu'on est le plus à même de juger la valeur des procédés. Quant aux hémorrhagies consécutives, et malgré le grand nombre d'expériences faites sur des animaux et le nombre considérable d'observations cliniques, les chirurgiens sont encore très divisés d'opinion.

M. Roux n'ajoute pas une très grande confiance aux expériences faites sur les animaux vivants.

Il se plaint de ce qu'on manque encore aujourd'hui d'éléments pour traiter la question. Le jour où l'on aura sous les yeux un nombre suffisant de faits pour les comparer, on aura un des éléments les plus précieux pour fixer la science sur ce sujet.

M. Roux apporte un contingent considérable, et toutes ses observations ont un caractère d'unité bien précieux pour établir une statistique. Depuis 1814, où il fit sa première opération par la méthode de Hunter, il n'a jamais dévié de cette voie; constamment il a suivi le procédé de Scarpa.

Malgré les nombreuses occasions qui se sont offertes dans sa pratique, il n'a pas voulu essayer les autres méthodes pour connaître leur valeur respective; il a repoussé constamment la ligature avec un fil unique.

Si M. Roux eût partagé en trois ou quatre séries le nombre de ses opérations, son résultat n'aurait pas la même importance. Ce n'est pas de prime abord qu'il s'est pris d'une prédilection exclusive pour cette méthode, c'est par degrés qu'il a été conduit à persister dans une voie marquée par plusieurs succès obtenus par Boyer, et ces succès contribuèrent à vulgariser la méthode de Hunter et de Scarpa.

Il n'est pas ennemi du progrès; mais il a peine à abandonner ce qu'il croit être bon. Son exemple nous apprend à être réservés dans les changements.

Relativement aux hémorrhagies ayant leur source au lieu même où l'artère a été liée, M. Roux a eu aussi des insuccès. Sur le nombre de 66 cas opérés par le procédé de Scarpa dans la méthode de Hunter, il faut défalquer un certain nombre de cas, dans lesquels le sphacèle ou d'autres accidents n'ont pas permis d'observer complétement l'effet des ligatures sur l'artère elle-même; déduction faite de ces cas, il en reste encore 57, sur lesquels le séjour de la ligature a été assez prolongé pour qu'on pût bien en connaître les avantages ou les inconvénients. Six seulement ont eu des hémorrhagies consécutives. Cinq fois l'hémorrhagie seule a compromis la vie des malades; une fois seulement elle a coïncidé avec d'autres accidents graves. Un seul malade a survécu à ces hémorrhagies. Chez lui la ligature était tombée le vingt-deuxième jour, et l'hémorrhagie eut lieu le trente-quatrième.

Y aurait-il plus d'avantages à pratiquer autrement la méthode de Hunter? C'est une question que pose M. Roux. Il a apporté son contingent; il veut que les autres chirurgiens en fassent autant; car on n'arrivera à la solution de cette question que par l'examen d'un grand nombre de faits.

Comme complément de son travail, M. Roux a donné quelques-unes des observations qui lui sont propres.

La première dont il a fait mention est une observation bien importante. Il s'agit d'un anévrisme inguinal qui a donné lieu à une erreur de diagnostic.

Ce fut à l'hôpital du Midi, en 1816, que le fait fut observé. Cullerier, qui était alors à la tête du service chirurgical, observa la maladie sur une femme de cinquante-sept ans. La tumeur, qui était mal circonscrite, était située dans la région inguinale droite. Les renseignements qui furent donnés par la malade étaient nuls; l'inflammation qui avait envahi depuis peu les téguments contribua à favoriser l'erreur. Le mal ayant fait quelques progrès, une fluctuation sourde s'étant manifestée au centre de la tumeur, il fit une ponction avec un bistouri étroit. Après quelques cuillerées de pus, du sang artériel mêlé de caillots s'échappa. Sur-le-champ la compression fut faite, et Cullerier, ne voulant pas dans ce cas s'en

rapporter à ses propres lumières, envoya de suite quérir Boyer à la Charité. M. Roux l'accompagna.

Lorsqu'ils arrivèrent, l'hémorrhagie était arrêtée par l'appareil. Faute de comprimer l'aorte, on comprima l'iliaque. La tumeur avait repris son volume. Le seul parti à prendre pour sortir de toute incertitude, c'était d'agrandir la plaie. Ceci fait, on reconnut qu'on était dans un sac anévrismal. On débarrassa les caillots, et alors on vit au fond le sang artériel arriver; mais il était impossible de pouvoir préciser le point qui lui donnait passage. La malade était dans des conditions générales très fâcheuses, et on ne pouvait se dissimuler que, quelque parti qu'on prît, il n'y eût de grandes chances d'insuccès.

M. Roux nous donne ici le récit de la consultation qui eut lieu. Son avis était de lier l'artère iliaque externe; il se fondait sur ce qu'il avait observé en Angleterre. Cullerier et Boyer fermèrent l'oreille à sa proposition, ainsi qu'à la proposition d'agir suivant l'idée de Scarpa, en profitant de l'ouverture faite au sac pour engager deux ligatures sous l'artère malade, et s'en servir pour l'embrasser au-dessus et au-dessous de l'ouverture de communication. Boyer, dans cette mémorable circonstance, crut qu'il fallait se contenter d'arrêter le cours du sang dans l'artère par une compression forte et soutenue. En conséquence, un tamponnement méthodique, fait avec de petits disques d'agaric et des boulettes de charpie, fut exercé sur le fond de la poche anévrismale, de façon toutefois à agir principalement sur l'artère crurale. Le tout fut maintenu à l'aide d'un spica. Cette opération, qui avait été faite en désespoir de cause, mais dont les suites furent surveillées avec la plus grande sollicitude, fut suivie d'un succès inespéré.

L'appareil ne fut levé que le vingtième jour; tout l'intérieur du sac était en pleine suppuration. Ce ne fut que lentement que la plaie entra dans la voie de la cicatrisation. Au bout de la dixième semaine la guérison était complète. Cette malade, étant sortie de l'hôpital, cessa d'être soumise à une observation régulière, et a même été entièrement perdue de vue.

Après ce fait si remarquable et si instructif sous tous les rapports, M. le professeur Roux a cité la première de ses opérations faite suivant la méthode ancienne. C'était en 1808; à cette époque il était encore à l'hôpital Beaujon, lorsqu'on lui adressa le nommé

Charles Grelet, cordonnier, et caporal de sapeurs pompiers, comme atteint d'anévrisme poplité. Depuis quelque temps le membre était devenu œdématié; le malade y éprouvait des crampes douloureuses ou de l'engourdissement. Bien que M. Roux eût, comme il le dit, un penchant bien prononcé pour la méthode de Hunter, il se décida pour le procédé le plus généralement adopté en France, l'opération par l'ouverture du sac.

Il craignit de heurter l'opinion générale. Deschamps, Boyer, Dupuytren assistaient à cette opération. Tout étant disposé, le malade couché sur le ventre, l'artère crurale étant comprimée à l'aide d'un tourniquet, la tumeur fut mise à nu dans l'étendue de vingt centimètres ; le nerf sciatique, qui était déjà un peu aplati, fut soulevé et écarté vers le bord externe. M. Roux insiste sur cette précaution, ainsi que sur la nécessité d'inciser largement les parties molles et le sac, pour rendre l'opération moins pénible. Aussitôt le sac ouvert, une grande quantité de sang et de caillots s'échappa; au fond de la plaie existait une ouverture frangée qui était le point de communication de l'artère avec le sac. Une sonde de femme fut introduite pour faciliter la ligature, et deux ligatures rubanées furent successivement portées au-dessus et au-dessous à l'aide de l'aiguille de Deschamps. Les deux ligatures d'attente au-dessus et au-dessous ne furent pas serrées. Toutes les précautions convenables furent ensuite prises pour assurer le succès de l'opération. Tout se passa pour le mieux. La ligature supérieure tomba le onzième jour, et la ligature inférieure le treizième; quelques jours après, les ligatures d'attente furent retirées. La cicatrisation était complète le soixantième jour. Pendant quelque temps, il resta encore un peu de roideur dans le genou; mais au bout de quelques mois, le malade put reprendre ses occupations et son service habituels.

C'est à l'occasion de cette observation d'anévrisme poplité guéri par l'emploi de la méthode ancienne que M. Roux fait ressortir tous les avantages de la méthode d'Anel, tirée de l'oubli à la même époque par Hunter et Desault.

Vient ensuite une autre observation d'anévrisme de l'artère crurale traité par la méthode ancienne.

Au mois de mai 1826, le nommé Michel Berthaud, charpentier, entra à la Charité pour un anévrisme de l'artère crurale. Cet

homme, qui connaissait toute la gravité de sa position, avait quitté l'Hôtel-Dieu parce qu'il avait vu Dupuytren, à plusieurs reprises, témoigner à son lit de l'incertitude sur le meilleur parti à suivre. La tumeur était située à la partie supérieure de la cuisse, et devait être très rapprochée de l'origine de l'artère profonde. Cette circonstance rendait le choix des méthodes difficile, car chacune avait ses avantages et ses inconvénients. Tout bien considéré, et d'après l'avis de Boyer, la méthode ancienne fut regardée comme plus favorable dans cette circonstance pour faciliter le rétablissement de la circulation : l'événement vint justifier les prévisions des deux chirurgiens de la Charité.

M. Roux, qui pratiqua cette opération, croit que c'est la dernière de ce genre qui ait été faite à Paris pour un anévrisme spontané ou pour un anévrisme faux consécutif. Il fait remarquer à ce sujet que, tandis que dans le traitement de ces deux sortes d'anévrismes la ligature après l'ouverture du sac est la méthode exceptionnelle, la même opération, légèrement modifiée, est presque la seule applicable à l'anévrisme variqueux et à la varice anévrismale. La compression fut faite, cette fois, par un aide qui se servait d'une pelote ; la tumeur fut incisée couche par couche : toutes les précautions usitées furent suivies. Deux ligatures rubanées furent placées au-dessus et au-dessous, comme dans le cas précédent. Les deux supérieures furent serrées de manière, non pas à étrangler l'artère, mais à l'aplatir sur un petit corps cylindrique ; pour la ligature inférieure, il n'y eut pas d'interposition de corps étranger. La plaie fut ensuite pansée comme une plaie simple, et aucune des précautions nécessaires pour entretenir la chaleur du membre ne fut négligée. Dès la fin de la première semaine, on s'aperçut que le membre pouvait conserver sa chaleur naturelle, ce qui n'empêcha pas de recourir encore aux moyens artificiels. Tout continua à marcher suivant les désirs de l'opérateur : la double ligature supérieure tomba le vingt-quatrième jour, entraînant le petit cylindre sur lequel elle était nouée ; la ligature inférieure était tombée cinq jours plus tôt. La plaie, qui fut pansée le cinquième jour après l'opération, fut lente à se déterger, et il fallut deux mois pour arriver à la cicatrisation parfaite. Lorsque ce malade sortit ensuite de l'hôpital, on sentait d'une manière obscure les battements de la pédieuse ; depuis cette époque, il a été perdu de vue.

Après avoir cité ces trois faits, M. Roux, laissant de côté la méthode ancienne, qui n'est plus employée actuellement en France que pour des cas exceptionnels, examine les autres ressources chirurgicales, en dehors de la méthode de Hunter, dans les diverses sortes d'anévrismes :

L'emploi des réfrigérants dans le but d'amener la coagulation du sang dans le sac anévrismal;

L'amputation, à laquelle Boyer fut obligé de recourir dans un cas de diathèse anévrismale. A cette occasion, M. Roux dit que l'existence simultanée de plusieurs anévrismes n'est pas une contre-indication absolue à l'opération que chacun d'eux peut réclamer.

L'amputation de la cuisse pratiquée pour un sphacèle du membre consécutif à un anévrisme poplité donne à M. Roux l'occasion de combattre l'opinion de Deschamps, à savoir, que dans les cas d'anévrisme les amputations sont rarement heureuses.

Enfin, la compression immédiate est le motif dont M. Roux profite pour communiquer une observation bien intéressante par les conséquences fâcheuses qui suivirent l'emploi de ce moyen. Il s'agissait d'un anévrisme faux consécutif du bras pour lequel on employa la compression sur toute l'étendue du membre.

C'était chez un homme de quarante-cinq ans environ, atteint d'une hypertrophie du cœur ; saigné pour cette affection, il eut l'artère ouverte, et un anévrisme faux consécutif ne tarda pas à se manifester malgré la compression. L'état général du malade, qu'on croyait voir succomber d'un moment à l'autre, fit ajourner la ligature de l'artère brachiale; on se décida pour une simple compression exercée sur tout le membre, à la manière de Theden. Au bout de quinze jours, une première hémorrhagie ayant eu lieu, on appliqua sur le premier bandage un appareil plus serré; de nouvelles hémorrhagies arrivant, on se décida à faire passer le malade dans une salle de chirurgie. Lorsque M. Roux découvrit le membre, il trouva une eschare pénétrant jusqu'au sac. Boyer, qui vit aussi le malade, voulait qu'on pénétrât dans le sac à travers l'eschare ; c'est ce qui fut fait après une première tentative infructueuse de l'opération par la méthode de Hunter, à laquelle Boyer avait consenti. La ligature de l'artère brachiale à la partie moyenne était à peine faite qu'une nouvelle hémorrhagie se manifesta. Que faire ? Recourir au procédé ancien ? C'est ce qui fut fait. Dès lors toute hémor-

rhagie cessa; la ligature de la brachiale, étant inutile, fut enlevée. Mais ce peu de temps où la constriction avait été opérée suffit pour oblitérer l'artère, comme on put le voir plus tard, lorsque le malade, qui était remonté en médecine guéri au bout de sept semaines de sa double opération, succomba à une affection du cœur. L'artère brachiale était convertie vers le milieu du bras en un cordon fibreux d'un pouce environ d'étendue.

Après quelques réflexions pratiques sur l'ensemble des faits si remarquables qui sont contenus dans cette observation, M. le professeur Roux a terminé la lecture de cet intéressant travail par quelques mots sur l'électro-puncture et la méthode opératoire de Wardrop.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 29 *septembre* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Liljevalch, médecin du roi de Suède, assiste à la séance.

**Correspondance.**

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre de remercîments adressée par sir Philip Crampton, nommé membre associé étranger;

D'une lettre de remercîments adressée par le docteur Prescott Hewet, nommé membre correspondant.

M. LARREY communique également une lettre de remercîments adressée par sir George Ballingall, membre associé étranger.

Ces lettres, comme les précédentes, seront déposées dans les archives de la Société.

— M. le docteur DEGUISE fils annonce que son père, à la suite d'une chute, s'est fracturé les deux os de l'avant-bras.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Deguise de vouloir bien témoigner à son père la part que la Société prend à cet accident. Une commission, composée de MM. Huguier, Forget, Deguise fils, est nommée pour se rendre chez M. Deguise.

— M. le professeur Alquié, de Montpellier, écrit à la Société pour obtenir le titre de membre correspondant. Sa lettre est accompagnée d'un mémoire sur un nouveau procédé de chéiloplastie.

MM. Debout, Lenoir, Chassaignac et Laborie sont chargés de faire un rapport.

— Lettre du bureau de la Société météorologique de France annonçant sa fondation.

— M. Demarquay fait hommage à la Société d'un mémoire ayant pour titre : *Nouveau procédé opératoire pour l'extraction des calculs de la portion membraneuse de l'urètre et de la prostate.*

— M. le docteur Compérat adresse un mémoire sur la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil, et son traitement.

M. Larrey est chargé de rendre compte de ce travail.

— M.-Danyau fait, sur un travail de M. le docteur Mavel, d'Ambert, le rapport suivant, dont les conclusions sont adoptées.

**Dystocie causée par une inversion du vagin.**

La chute du vagin n'est point un fait rare ; mais dans l'observation suivante elle s'est présentée à un degré tel pendant le travail de l'accouchement, que je cherche vainement son analogue dans les auteurs qui sont à ma disposition : Baudelocque, Mme Lachapelle, MM. Velpeau et Dagès, en parlant de cet accident pendant le travail de l'accouchement, non-seulement ne citent aucun fait semblable, mais par leur silence ils semblent n'en avoir pas même prévu la possibilité.

Le 25 août dernier, à onze heures du soir, je suis appelé à la campagne auprès de Mme Prat, sage-femme, pour l'aider à délivrer la femme Sauvade. Celle-ci est âgée de trente-six ans, mère de quatre enfants. Il y a quatre ans, deux jours après cette couche, elle se leva, monta pour les ranger sur les métiers de son mari, qui est passementier, et y travailla depuis ce jour à faire aller la barre. A cette époque il se montra à la vulve une tumeur qu'elle prit pour la matrice; elle ne consulta cependant point.

Une couche survint il y a deux ans, elle se fit sans accident ; la sage-femme n'aperçut rien d'anormal. Dès ce moment, la tumeur augmenta de volume; elle continua à rentrer pendant la nuit. Il y a neuf mois, une nouvelle grossesse se manifesta ; la tumeur aug-

menta peu à peu de volume, au point de ressembler, pour la grosseur et pour la forme, au corps d'une bouteille. Depuis près d'un mois, elle ne rentrait plus pendant la nuit. La sage-femme m'apprend qu'à son arrivée les douleurs, très actives, ont chassé la tête hors du bassin, mais qu'un renversement vaginal est un obstacle insurmontable à la sortie définitive de l'enfant: cet état dure depuis deux heures.

Au-devant de la vulve, l'on voit une tumeur plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme : c'est la tête de l'enfant complétement dégagée de dessous l'arcade des pubis, mais coiffée par la muqueuse vaginale; on aperçoit cette tête à travers une ouverture de 7 centimètres de diamètre; les rebords de cette ouverture ont 1 centimètre d'épaisseur; ils paraissent fibreux et sont complétement inextensibles, malgré les contractions énergiques et réitérées de la matrice. Pendant ces douleurs, la tumeur augmente de volume, mais la tête ne fait point une plus forte saillie à travers l'ouverture vaginale; il s'écoule du méconium. J'applique le forceps avec la plus grande facilité, mais les tractions les plus énergiques ne distendent aucunement l'ouverture vaginale; la tumeur en masse semble se détacher de la vulve : je crains d'opérer une rupture. La sage-femme s'applique à retenir la tumeur, à opérer une espèce de contre-extension, mais c'est en vain; ses deux index, placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, tendent à en opérer la dilatation pendant les tractions que j'opère avec le forceps; tous nos efforts sont inutiles.

En présence d'un fait si nouveau, et vu la presque certitude de la mort de l'enfant, car il était là depuis deux heures, depuis longtemps il s'écoulait du méconium et l'auscultation ne me permettait pas de retrouver les bruits du cœur de l'enfant, la sage-femme me prie d'épargner la mère en pratiquant la crâniotomie; mais après la sortie de la tête, il m'aurait fallu dégager les épaules, ce qui n'eût pas été plus facile. Alors je me décide à pratiquer l'opération césarienne vaginale (cette dénomination convient bien plus, je crois, à cette opération qu'à la section du col utérin). Un commencement d'éraillure en arrière et à gauche me détermine à opérer de ce côté. Au moyen d'un bistouri et d'une sonde cannelée, je fais une incision de 4 centimètres; la malade n'accuse qu'une faible douleur, après quoi je peux, sans peine, terminer l'accouchement de la ma-

nière la plus heureuse pour la mère. L'enfant mort présente un volume ordinaire. La plaie donne peu de sang ; il reste à la vulve un bourrelet énorme que je réduis facilement après avoir opéré la délivrance; celle-ci n'offre rien d'anormal; elle vient à la moindre traction. La malade est consignée au lit, avec recommandation expresse de ne pas renouveler les imprudences commises après les couches précédentes.

Le 27, je revois la malade; elle se trouve très bien; le pouls bat 80 fois à la minute; les seins ne sont ni gonflés, ni douloureux; le ventre est souple. Je retrouve facilement le globe utérin dans l'hypogastre, un peu à droite.

Le toucher me fait reconnaître le col vaginal, que j'incisai, formé comme il l'était au dehors avec les deux lèvres de la division, que j'opérai. Les portions adossées de la muqueuse qui formaient le col, n'ont point repris leur place respective : elles sont soudées ensemble par du tissu cellulaire densifié ; les bords de ce col offrent la même épaisseur qu'au moment de l'accouchement.

Le 4 septembre je vois la malade de nouveau ; je la trouve levée; elle est sans fièvre; elle a bon appétit; elle ne souffre nulle part ; le palper abdominal me fait reconnaître dans l'hypogastre, un peu à droite, le corps utérin du volume des deux poings. Quand la malade fait un effort, il paraît à la vulve, ce qu'elle appelle sa matrice, et qui n'est autre chose qu'un col anormal formé par le renversement du vagin, mais qui, au toucher, représente assez bien le volume et la forme de l'ouverture de l'utérus; peu après l'accouchement on y retrouve en arrière et à gauche les deux lambeaux provenant de l'incision que je pratiquai pour terminer l'accouchement. Après avoir franchi ce col, mon doigt arrive à quelques centimètres au-dessus, sur le véritable col utérin, qui permet à peine l'introduction du doigt.

Je conseille encore, mais peut-être inutilement, à la malade le séjour au lit, dans le double but de prévenir des accidents inflammatoires qui pourraient encore survenir, et de prévenir la sortie de l'inversion vaginale, me proposant d'appliquer un pessaire lorsque les suites de couches auront complétement cessé.

Maintenant, est-ce bien une descente de vagin que j'ai observée? Pour moi, il n'y a pas le moindre doute. A ma visite du 4 septembre, le toucher m'a permis de retrouver le col anormal du vagin

opéré et, au-dessus, le véritable col utérin. Si je me rappelle, d'autre part, que, sur la fin de la grossesse, la tumeur pendait hors de la vulve, du volume d'une bouteille, force est bien d'admettre que ce n'était point une descente de matrice.

Après la rentrée de la tumeur dans le vagin, je croyais voir s'effacer le col que j'avais incisé; mais il était resté si longtemps au dehors que les frottements avaient dû l'irriter, l'enflammer, lui faire perdre les qualités des muqueuses et procurer l'adhésion des deux portions de la muqueuse adossées.

Comme je vous l'ai dit en commençant, si vous pensez que cette observation présente quelque intérêt, je vous prie de la communiquer à la Société de chirurgie.

Agréez, etc. MAVEL.

**Rapport sur un cas de dystocie causée par une inversion du vagin.**

L'auteur de cette observation, M. le docteur Mavel (d'Ambert), nous a déjà communiqué un fait intéressant de sa pratique obstétricale, sur lequel la Société m'avait chargé de lui faire un rapport qu'elle a entendu il y a quelques séances. L'observation que nous adresse aujourd'hui notre honorable confrère est plus curieuse encore à cause de son extrême rareté. Le fait n'est cependant pas unique, comme il semble le croire, et votre rapporteur en a observé un presque entièrement semblable à celui qui vient de nous être communiqué.

Voici d'abord le fait de M. Mavel. Plus tard nous donnerons l'analyse du nôtre.

Une femme de trente-six ans, mère de quatre enfants, avait vu apparaître à la vulve, quatre ans auparavant, une tumeur dont la présence était due à l'imprudence qu'elle avait commise de se lever deux jours après son accouchement, et d'aider, en faisant aller la barre, son mari, qui exerce l'état de passementier. Depuis lors, la tumeur, qui rentrait pendant la nuit, reparut chaque fois que la malade se levait. A la longue elle augmenta de volume, et dans la dernière grossesse elle acquit la grosseur et la forme d'un corps de bouteille. Enfin dans le neuvième mois elle cessa de se réduire même dans la situation horizontale.

C'est dans ces conditions que le travail s'était déclaré, et lorsque

M. Mavel arriva auprès de la patiente, le 25 août dernier, il y avait deux heures que, sous l'influence de violentes contractions utérines, la tête de l'enfant avait été expulsée et se trouvait au dehors enveloppée par le vagin, et ne pouvant franchir l'ouverture existant à sa partie inférieure.

Cette ouverture a bien 7 centimètres de diamètre; mais ses bords, épais d'un centimètre, paraissent fibreux et sont complétement inextensibles. Aussi résistent-ils aux contractions utérines les plus énergiques.

M. Mavel essaie de terminer l'accouchement avec le forceps. L'application de l'instrument n'offre aucune difficulté; mais les tractions, faites avec tous les ménagements possibles, pendant que la sage-femme cherche à retenir la tumeur à l'aide de ses deux indicateurs placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'orifice, restent absolument sans effet.

M. Mavel se décide alors à débrider cette ouverture. Il fait en arrière et à gauche une incision de 4 centimètres avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée, et termine ensuite l'accouchement sans difficulté. L'enfant, d'un volume ordinaire, avait cessé de vivre. La délivrance opérée, M. Mavel réduisit l'énorme bourrelet qui était au dehors.

Les suites de cet accouchement furent très heureuses, et voici ce qui fut constaté dix jours après : « ... Quand la malade, dit M. » Mavel, fait un effort, il paraît à la vulve ce qu'elle appelle sa » matrice, et qui n'est autre chose qu'un col anormal formé par le » renversement du vagin; mais qui, au toucher, représente assez » bien le volume et la forme de l'ouverture de l'utérus peu après » l'accouchement. On y trouve, en arrière et à gauche, les deux » lambeaux de l'incision pratiquée pour terminer l'accouchement. » Mais après avoir franchi ce col, l'index arrive, à quelques centi- » mètres au-dessus, sur le véritable col utérin, qui permet à peine » l'introduction du doigt. »

M. Mavel se demande si c'est bien une descente du vagin qu'il a observée. Il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Nous ne croyons pas non plus qu'il y ait de doute à cet égard. La démonstration eût été toutefois plus complète s'il eût décrit l'état de la cavité séparant ces deux orifices, s'il eût indiqué la facilité que le doigt devait avoir à s'y maintenir; car il n'y aurait pas eu alors, même pour

les esprits les plus difficiles, d'incertitude sur l'existence d'une portion du vagin au-dessus de l'orifice inférieur.

La présence antérieurement à l'accouchement d'une tumeur en dehors des parties génitales est un renseignement précieux dont M. Mavel fait ressortir la valeur, et sur lequel il s'appuie pour repousser l'idée d'un prolapsus de la matrice. Sans ce renseignement, qui le mit sur la voie d'un diagnostic plus exact, notre confrère aurait certainement pu se croire en présence d'un cas semblable à celui dont Portal (*Pratique des accouchements*, obs. X, p. 68) donne la curieuse relation. Cet auteur raconte qu'il fut appelé le 14 janvier 1666 auprès d'une femme au terme de sa grossesse, chez laquelle existait à la vulve une *tumeur prodigieuse de la grosseur d'un ballon*, offrant au milieu de sa partie inférieure une très petite fente qui était l'orifice de l'utérus. *Le corps de la matrice*, dit Portal, *s'était affaissé par le renversement de son col*, ce qui, en se reportant au langage du temps, signifie que la matrice, avec la tête de l'enfant, s'était précipitée au dehors, enveloppée par le vagin renversé. Cette tumeur avait paru la veille, et était survenue après quelques douleurs que la femme *avait souffertes en s'efforçant*. Il y avait bien eu antérieurement à la grossesse une *relaxation de la matrice* que la femme réduisait elle-même avec facilité, mais lorsquelle était enceinte, le prolapsus ne s'était plus produit, si ce n'est la veille même de la visite de Portal. L'orifice dont nous avons parlé se laissa assez facilement dilater avec les doigts, et lorsque la voie eut été ainsi préparée, les efforts maternels expulsèrent le fœtus, qui était vivant.

Quel que fût, dans cette observation de Portal, l'organe en prolapsus avant la grossesse, que ce fût le vagin seul ou l'utérus avec le vagin, la réduction s'était maintenue d'elle-même pendant toute la durée de la gestation. Lorsque le déplacement se reproduisit, le travail était à peine commencé, et l'orifice était encore absolument clos. La tumeur se présenta tout de suite avec un volume tel que, le vagin eût-il été renversé d'abord, il était évident que la partie inférieure de l'utérus n'avait pas tardé à suivre avec la tête de l'enfant; en sorte que, dans ce cas, il s'agissait, à n'en pas douter, d'un prolapsus utérin survenu à l'approche ou tout au plus au début même de l'accouchement.

Il en fut tout autrement dans le cas de M. Mavel. Comme dans

celui de Portal, il y avait avant la grossesse un prolapsus habituel; mais, loin de se réduire et de se maintenir réduite pendant la gestation, la tumeur, après avoir subi pendant les huit premiers mois ses alternatives ordinaires de sortie dans la station et de réduction spontanée dans la situation horizontale, devint, dans les quatre dernières semaines, tout à fait irréductible, offrant une forme allongée, cylindroïde, qui ne rappelait en rien celle de l'utérus gravide incomplétement précipité, mais bien celle du vagin.

Il y a ici une remarque importante à faire. S'il se fût agi d'une inversion simple du conduit vulvo-utérin, les progrès du travail, loin d'augmenter le volume de la tumeur, en auraient graduellement opéré la réduction. L'orifice, une fois franchi, serait remonté au-dessus de la tête, entraînant le vagin, qui se fixe à son pourtour, et l'accouchement n'aurait rien offert ensuite de particulier. C'est ainsi que les choses se passèrent dans un cas que nous eûmes occasion d'observer à la Maternité au mois de mars 1840.

Pourquoi la réduction ne s'opéra-t-elle pas de même dans le cas de M. Mavel? Pourquoi, sous l'influence des contractions utérines, se développa-t-il au contraire une tumeur beaucoup plus volumineuse formée, non plus seulement par le vagin renversé, mais par la tête du fœtus coiffée des parois de ce canal? C'est qu'au point le plus déclive de la tumeur, à l'union de la partie renversée avec le reste du conduit, les tissus s'étaient altérés par leur exposition presque continuelle à l'air et le contact des corps extérieurs; qu'un resserrement, une sorte d'orifice, s'était formé, dont la circonférence fibreuse et inextensible ne pouvait se prêter à une dilatation naturelle ou artificielle complète. L'impossibilité où se trouvait, en conséquence, le vagin de glisser à la suite de l'orifice suffisamment dilaté sur la tête du fœtus et de se réduire spontanément, comme dans le cas que nous venons de citer tout à l'heure, devait amener le résultat constaté par M. Mavel. La tête aura franchi l'orifice de la matrice, puis le détroit inférieur, dont il devait être rapproché, et aura été arrêtée à l'orifice accidentel du vagin. C'est là qu'était le véritable obstacle, ce que le titre de l'observation n'indique pas du tout; aussi, pour donner une idée de l'obstacle réel, ce titre aurait-il besoin d'être complété. Personne, en effet, ne comprendra qu'une simple inversion du vagin puisse être une cause de dystocie, puisqu'il est bien démontré qu'à une certaine époque du travail

cette inversion, quand rien d'ailleurs ne la complique, se réduit d'elle-même et se maintient réduite jusqu'après l'expulsion du fœtus, sauf à se reproduire bientôt. Il ne faut donc pas s'étonner, comme le fait notre confrère, de ne pas trouver dans les auteurs, là où ils parlent du prolapsus du vagin pendant la grossesse et l'accouchement, l'indication des difficultés qui se sont offertes à lui dans le cas qu'il vient de nous communiquer.

Celui que nous avons emprunté à Portal n'est pas le seul exemple de prolapsus de la matrice chargée du produit de la conception que la science possède. Des faits bien curieux en ce genre, décrits sous le titre de grossesse extra-abdominale, ont été réunis dans un mémoire du savant M. Guillemot inséré au tome XXVII, 1re série, des *Archives générales de médecine;* mais ils diffèrent bien plus encore que celui de Portal du cas observé par M. le docteur Mavel, et aucune idée de comparaison ne pourrait, à leur sujet, se présenter à l'esprit. Entre ces faits pourtant et celui de l'honorable médecin d'Ambert, il y a presque parité sous un rapport essentiel, celui de la dégénérescence fibreuse de l'orifice destiné à donner, après dilatation suffisante, passage au produit de la conception. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, c'était à l'orifice utérin lui-même que cette dégénérescence avait établi un infranchissable obstacle; dans celui de M. Mavel, c'était à un orifice accidentel formé à la partie la plus déclive du vagin renversé. Cette différence de siége n'entraînait pas de différence dans la nature de l'obstacle; dans les deux cas il était le même, reconnaissait la même cause, et réclamait par conséquent l'emploi des mêmes moyens. Aussi avons-nous été quelque peu surpris de voir M. Mavel s'efforcer d'entraîner, à travers un orifice beaucoup trop étroit et d'une invincible résistance à tout effort dilatant, la tête facilement saisie d'ailleurs avec le forceps. L'idée si simple d'un débridement n'aurait-elle pas dû se présenter tout de suite, et cela en l'absence même d'un diagnostic bien précis et au seul souvenir des nombreux succès dont l'art est redevable à des incisions convenables et faites à propos?

C'est à cette précieuse ressource pourtant, mais après d'infructueuses tractions qui pouvaient avoir de bien tristes conséquences, que M. Mavel recourut enfin. Ici notre étonnement n'a pas été moindre, et bien que l'absence d'accidents quelconques puisse pa-

raître une justification suffisante, nous ne pouvons laisser passer sans remarque le procédé de débridement suivi par notre honorable confrère.

Le débridement multiple si justement préféré et si généralement adopté convenait sans aucun doute au cas de M. Mavel. Il pouvait procurer, malgré le peu d'étendue de chacune des incisions, un élargissement plus que suffisant et au moins égal à celui obtenu par une incision unique de 4 centimètres faite à la partie postérieure. C'est ce que chacun sait, et que, pour notre part, nous avons constaté bien des fois quand nous avons dû débrider des orifices fibreux ou simplement rigides. Dans le cas où il n'y aurait pas eu, au point incisé, simple adossement de muqueuses, mais double épaisseur des parois tout entières du vagin avec une couche du tissu cellulo-graisseux de la cloison recto-vaginale, n'aurait-on pas exposé, par une incision profonde, au contact prolongé d'écoulements plus ou moins irritants des parties facilement susceptibles d'inflammation diffuse ou de gangrène? Nous l'aurions craint assurément; dans un cas semblable à celui de M. Mavel, et dans tous ceux qui s'en rapprochent par l'existence d'un rétrécissement fibreux qui arrête la progression du fœtus, le débridement multiple nous paraît bien préférable, et le seul même qui doive être conservé.

C'est celui auquel nous avons eu recours; en nous conformant aux préceptes consacrés, dans le cas presque semblable à celui de M. Mavel que nous avons observé il y a une douzaine d'années à l'hospice de la Maternité, et dont nous avons donné l'histoire détaillée dans le tome X, page 3, 3e série des *Archives générales de médecine*. Permettez-moi, messieurs, de vous en donner un extrait.

Une jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, primipare, en travail, fut amenée à la Maternité le 5 septembre 1840, à neuf heures du soir.

Hors de la vulve existait une tumeur de forme conique, saillante de 6 à 7 centimètres, dont le sommet obtus, dirigé en bas, présentait un orifice circulaire un peu plissé; sa surface était couverte d'une membrane muqueuse peu ridée; sa base remplissait la vulve. La mollesse de la tumeur éloignait toute idée d'un prolapsus de l'utérus. Le doigt, introduit dans l'orifice qui existait à

son sommet, le franchissait sans difficulté, parcourant un canal à parois contiguës assez fortement ridées, un vagin, en un mot, au fond duquel on atteignait avec quelque peine l'orifice utérin entr'ouvert, et au delà la tête frontale. La réduction de cette tumeur était très facile, et lorsqu'elle était opérée, voici ce qu'on trouvait par le toucher : le vagin offrait une laxité considérable, et sa surface était accrue par un si grand nombre de plicatures, que le doigt éprouvait véritablement quelque peine à s'en dégager pour atteindre l'orifice de l'utérus. On n'y arrivait qu'après avoir traversé un orifice à bords minces et tranchants. En résumé, dans l'état de prolapsus il y a deux vagins encaissés l'un dans l'autre, et dont l'utérus renversé offrait sa membrane moyenne en dehors. La réduction opérée, ces deux vagins étaient au contraire superposés et séparés par un diaphragme perforé à son centre.

Le prolapsus ne datait que du quatrième au cinquième mois de la grossesse. La femme assurait que depuis sa première apparition il n'avait pas été constant, et que, facilement réductible, il ne se reproduisait que par la marche ou une station un peu prolongée. La réduction fut maintenue pendant toute la durée du travail.

Les douleurs ne devinrent un peu fortes que dans l'après-midi du lendemain 6 septembre. Lorsqu'après la dilatation complète les membranes furent rompues, la tête franchit l'orifice, vint occuper le vagin supérieur et s'appliquer sur la cloison, mais ne produisit sur son ouverture, malgré d'énergiques contractions, ni dilatation, ni déchirure. A ce moment la disposition des parties était telle, qu'un accoucheur, appelé alors pour la première fois, eût facilement pris la cloison pour le segment inférieur de l'utérus, et son ouverture pour l'orifice utérin lui-même dans un état d'invincible rigidité.

Six incisions de 7 à 8 millim. furent successivement pratiquées sur cette ouverture; le forceps fut alors appliqué, et le bord antérieur de la cloison maintenu par un aide pendant les tractions, qui amenèrent facilement un enfant vivant d'un petit volume.

A la sortie de cette femme, huit jours après l'accouchement, il eût été difficile, sans la connaissance des antécédents, de se faire une exacte idée de ce qui avait été antérieurement observé. On ne trouvait plus qu'une cavité sans trace aucune de cloison, d'orifice, d'incision. Au fond du vagin on sentait une ouverture à bords

épais, peu saillants, interrompus par des fentes peu profondes, si semblables à l'orifice utérin lui-même quelques jours après l'accouchement, que la méprise était en vérité bien facile, et d'autant plus que le doigt ne pouvait pas pénétrer dans le vagin supérieur.

Il n'y avait pas en ce moment de prolapsus, mais il était bien probable qu'il se reproduirait. C'est ce qui arriva en effet, et, lorsque cette femme vint me consulter le 16 novembre suivant, je retrouvai les parties presque dans l'état où elles s'étaient offertes à ma vue lors de son entrée à la Maternité. C'étaient, à s'y méprendre, les apparences d'un prolapsus de la matrice, et, malgré tout ce que j'avais si bien constaté moi-même, j'avoue que tous mes doutes n'auraient pas été levés si je n'étais parvenu à reconnaître au-dessus de l'orifice très rétréci que j'avais sous les yeux la présence du vagin supérieur. Je ne pus y introduire le doigt; mais seulement une sonde de femme, qui pénétra, sans occasionner la moindre douleur, à la profondeur de 12 centimètres et demi. La facilité de cette introduction, celle non moins grande des mouvements de la sonde une fois introduite attestaient que l'instrument n'était pas entré dans l'utérus, mais dans une cavité à parois lâches. Une résistance m'ayant averti que son extrémité appuyait sur le col, je déprimai fortement la région hypogastrique, et, soulevant la sonde, je reconnus entre elle et la main placée au dehors la présence de l'utérus avec le volume qu'il offre dans l'état de vacuité. La réduction fut opérée et maintenue d'une manière durable à l'aide d'un pessaire rond en gomme élastique.

Qu'a-t-il manqué au fait dont nous venons de reproduire les principales circonstances pour faire l'exact pendant de celui de M. le docteur Mavel? Rien, si ce n'est la complication dernière, qui n'aurait pas manqué de se produire par de longs et infructueux efforts si l'art ne fût intervenu à temps. Appelé plus tôt, notre confrère aurait fait sans doute ce que nous avons fait nous-même; rien ne s'opposant plus alors à sa progression ou à son extraction, la tête du fœtus se serait avancée ou aurait été amenée au dehors sans le vagin, dont elle n'avait pu, faute d'un débridement fait à propos, se dégager en franchissant le détroit inférieur. Notre observation montre donc les avantages d'une intervention opportune, celle de M. Mavel les inconvénients d'une intervention trop tar-

dive. C'est un enseignement qui ne pouvait résulter que du rapprochement de ces deux faits, et, comme la science n'en *possède* ni de pareils ni d'analogues, nous n'avons pas craint de donner dans ce rapport une place importante à celui que nous avions fait connaître il y a douze ans, et qui, perdu dans un recueil moins répandu que des journaux à publications plus rapprochées, était demeuré inconnu à notre confrère d'Ambert et sans doute à beaucoup d'autres.

La femme à laquelle nous avons donné des soins était primipare, et chez elle le prolapsus du vagin ne datait que de quatre à cinq mois. Nous avions donc cru pouvoir considérer la cloison perforée qui existait dans le canal comme une disposition congénitale. Mais le fait de M. Mavel, qui se rapporte à une femme multipare, dont les accouchements antérieurs n'avaient offert ni difficultés ni complications, a fait naître dans notre esprit quelques doutes sur cette étiologie, et nous nous sommes demandé si l'explication qui nous a paru rationnelle pour le cas nouveau n'était pas également applicable au cas ancien; en un mot si, dans l'un comme dans l'autre cas, le resserrement observé en un point du vagin n'était pas consécutif au prolapsus. C'est un point que de nouvelles observations pourront seules élucider. Si elles confirmaient nos présomptions actuelles, on pourrait à bon droit considérer le prolapsus du vagin comme une prédisposition à une espèce nouvelle de dystocie résultant de l'altération des tissus fréquemment ou constamment soumis au contact de l'air extérieur et des corps étrangers, et de ces conséquences reconnues devrait découler l'indication très urgente d'une réduction et d'une contention exacte de la tumeur, alors même que sa présence au dehors ne produirait pas une grande gêne.

L'observation de M. Mavel nous a paru, messieurs, digne à tous égards de votre intérêt. Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à cet honorable confrère;

2° D'insérer son observation dans les bulletins de la Société.

**Lecture.**

M. le docteur Jarjavay, chirurgien du bureau central, qui dans la dernière séance avait écrit pour obtenir le titre de membre titu-

laire, donne lecture d'un mémoire sur la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale.

MM. Demarquay, Marjolin et Forget devront faire un rapport sur ce travail.

**Discussion.**

M. le président, après ces diverses communications, annonce que la discussion sur le mémoire de M. le professeur Roux est ouverte.

M. Gerdy. Avant de commencer la discussion, je féliciterai la Société d'avoir entendu un travail qui a une si grande importance au point de vue clinique.

Lorsqu'on voit quel a été le grand nombre de succès obtenus par M. Roux en suivant dans sa pratique le procédé de Scarpa, on est en droit de se demander si cette méthode n'est pas plus avantageuse que celle de Hunter, qui employait les ligatures rondes et fines, et, bien que ce soit cette dernière que j'ai suivie dans ma pratique, parce qu'elle se trouve plus en rapport avec mes idées, je me demande si on peut dire de quel côté est l'avantage.

Même en tenant compte de la grande habileté de l'opérateur, comment ne pas admettre que ce rouleau de diachylum interposé entre la ligature et l'artère ne sera pas un obstacle à la guérison, à la prompte réunion des bords de la plaie? A l'avance, on doit être prévenu contre cette méthode.

Jeune encore, j'avais été témoin des succès de M. Roux; mais j'étais loin de penser que le nombre des opérations fût aussi considérable, et, il faut bien l'avouer, ce grand nombre de succès est un résultat magnifique.

Puisque M. Roux a parlé de la méthode de Hunter, j'aurais désiré que l'honneur de cette méthode fût rapporté à son véritable auteur, Anel. Il me semble que de nos jours on a trop perdu de vue ce point de l'histoire des anévrismes; on a peut-être même été injuste en demandant si ce n'était pas plutôt par hasard qu'en réfléchissant qu'il était arrivé à ce procédé.

Qu'on relise Anel, et on verra qu'il a bien agi avec discernement. Quel était son but? Il voulait éviter d'ouvrir le sac, opération toujours difficile et qui expose parfois les malades à une cicatrice vicieuse gênant les mouvements du bras : il voulait, en un mot, simplifier autant que possible l'opération. Avant lui, Guillemeau

avait également lié l'artère au-dessus de la tumeur, comme étant le procédé le plus simple et le plus avantageux.

Si même on veut remonter plus loin, on trouvera que le procédé est encore plus ancien; car Aetius dit qu'on peut lier au-dessus et au-dessous, qu'on ouvre le sac ou qu'on le laisse intact. Il vaudrait donc mieux, je crois, pour être dans le vrai, dire la méthode d'Anel et non de Hunter.

Desault, qui suivit ce procédé, n'a pas donné de raison, comme Hunter, pour justifier cette méthode. En effet, ce dernier cherchait autant que possible à s'éloigner du siége de la maladie et des collatérales voisines.

Puisque le travail de M. Roux a amené la discussion sur les anévrismes, je saisirai cette occasion pour dire combien la nomenclature actuelle me semble défectueuse. Les anciens n'avaient aucune idée fixe sur la véritable dilatation des artères ; ils croyaient tout simplement à la dilatation des pores. Plus tard est venue la nouvelle classification, et alors on a tellement tout confondu, qu'il est impossible de s'entendre.

En étudiant mieux cette nomenclature, il serait pourtant possible d'éviter la confusion.

Dans l'anévrisme vrai, où il y a simplement dilatation de l'artère, on voit déjà que les caractères distinctifs ne sont pas bien décrits. Scarpa avait bien dit que dans ce cas l'ouverture était large et non étroite; mais il s'est arrêté, et il est fâcheux qu'il n'ait pas poursuivi son idée.

L'anévrisme vrai peut quelquefois être fusiforme.

Dans l'anévrisme faux, au commencement l'ouverture de communication est toujours étroite, Scarpa l'a dit; mais dans la seconde période, les anévrismes finissent par se ressembler, il faut alors les nommer enkystés.

Dès lors, comme vous le voyez, il n'y a plus que deux sortes d'anévrismes, le vrai et l'enkysté, et on peut faire disparaître toute cette série de termes, faux primitif, faux consécutif, mixte interne, mixte externe, qui ne font que rendre la division obscure.

Trop souvent on a confondu avec des anévrismes de simples blessures artérielles. Je ne veux pas, du reste, parler ici de l'anévrisme artérioso-veineux, affection tout à fait distincte.

Si l'on adoptait cette classification, on simplifierait beaucoup l'étude des anévrismes.

Pour moi, l'anévrisme est une tumeur circonscrite. Il faut retrancher de la classe des anévrismes l'anévrisme cirsoïde. Scarpa et Breschet, en parlant de ces dilatations vasculaires générales, n'ont pas peu contribué à augmenter l'embarras. Il faut également ranger dans une autre catégorie d'affections ces vastes dilatations de l'aorte et d'autres vaisseaux.

Un autre point sur lequel je dois fixer votre attention est le suivant : parmi les nombreux cas d'anévrisme qui ont été cités par M. Roux, vous avez dû remarquer que le plus grand nombre des anévrismes avait été observé chez les personnes laborieuses. C'est chez l'homme, le plus habituellement, qu'on l'observe, et c'est aussi au jarret qu'on en a rencontré le plus. Pelletan et Richerand pensaient que les mouvements brusques d'extension étaient une des causes dont il fallait le plus tenir compte. Je ne puis pas admettre cette opinion ; je ne crois pas que les artères soient assez fragiles pour éprouver ces ruptures. J'ai été à même de vérifier ce que j'avance dans de nombreuses expériences que j'ai faites pour produire des luxations. Dans les cas où ces muscles et les nerfs éprouvent de nombreuses déchirures, j'ai toujours vu les artères résister. M. Follin, qui a répété à son cours les mêmes expériences, n'a jamais trouvé les tuniques artérielles éraillées. C'est par l'effort que la dilatation a lieu; et, en effet, dans l'effort, le cœur agit d'une manière bien plus énergique, comme on peut le voir dans les expériences de M. Poiseuille. Si on pouvait se servir d'une comparaison, je dirais que le cœur, dans les efforts, ressemble au vent, qui d'abord ride les flots, puis les pousse au rivage. Supposez des efforts considérables, et vous n'aurez pas de peine à reconnaître la véritable cause de l'anévrisme.

Maintenant, un autre point important, c'est l'étude des méthodes de traitement ; eh bien ! aujourd'hui tout nous porte à croire que quelques-unes des méthodes les plus usitées vont disparaître pour faire place à de nouvelles, qui, d'après la statistique faite par les Anglais, semblent plus avantageuses.

L'histoire des anévrismes me ramène naturellement vers la médecine opératoire, et, à ce sujet, je crois devoir dire que généralement, lorsqu'on pratique des ligatures, on se dirige d'après des

données assez vagues ; le meilleur guide se trouve dans la connaissance exacte des formes. C'est un point qu'on a trop négligé, et lorsqu'on est familier avec ce genre d'anatomie, on peut arriver facilement à lier des artères peu importantes. De cette manière, même dans les plus mauvaises conditions, je suis parvenu promptement à lier la tibiale antérieure dans un cas de plaie d'arme à feu. Il ne faut pas suivre le précepte de Lisfranc, qui, dans l'embarras, incisait obliquement au trajet de l'artère. Je crois aussi qu'on abuse de la sonde cannelée pour mettre à nu l'artère et l'isoler ; très souvent on la dénude dans une trop grande étendue. Je préfère, dans ce cas, me servir de deux bonnes pinces à dissection à dents de rat ; de cette manière, je saisis facilement le tissu cellulaire, je l'écarte sans risquer de saisir des filets nerveux et de faire des déchirures constamment nuisibles.

De ces faits, il résulte, pour moi, qu'il faut nécessairement modifier la classification des anévrismes, ainsi que les procédés opératoires actuellement en usage.

M. Giraldès. Je crois que M. Gerdy attribue à l'observation d'Anel plus d'importance qu'il n'en attachait lui-même ; j'en trouverais une preuve dans les nombreux certificats qu'il demandait partout comme preuve de son mérite : dans aucun il n'est fait mention de cette ligature. Hunter, au contraire, avait raisonné son opération si bien, qu'il disait qu'on pouvait la porter jusqu'à la carotide ou l'iliaque externe.

M. Gerdy. Si Anel n'avait pas imprimé ses raisons, on pourrait peut-être dire qu'il n'en avait pas pour agir comme il a agi ; mais il a donné ses raisons assez longuement, et elles sont des plus sérieuses.

Si Anel n'a pas revendiqué dans ses certificats en faveur de son opération, c'est qu'avant tout il était oculiste, et il craignait de faire croire qu'il eût pu s'occuper d'autre chose que de sa spécialité.

Mais en rendant justice à Anel, je n'en reconnais pas moins la justesse des raisons pour lesquelles Hunter liait au-dessus du sac et recommandait de ne lier que là où l'artère était saine.

M. Larrey. L'argumentation de M. Gerdy, en rendant hommage au mémoire de M. Roux et à l'expérience considérable qui fait la base de cet important travail, semble s'être écartée du principe de

la discussion pour s'engager dans une étude générale du sujet, et pour changer tout d'abord la classification des anévrismes.

La dénomination d'*anévrisme enkysté*, établie et admise par M. Gerdy, ne saurait, je crois, malgré l'acception qu'il lui donne, et malgré l'autorité de son opinion personnelle, obtenir l'assentiment des autres chirurgiens. Le mot kyste, nous le savons tous, exprimant l'idée d'une poche sans ouverture, exclut par cela même la signification d'un anévrisme, et ne représente d'ailleurs qu'un caractère accessoire. La division essentielle au contraire d'anévrisme spontané ou vrai, et d'anévrisme traumatique ou faux, préjuge à elle seule, jusqu'à un certain point, la nature de la cause, la forme de la maladie, l'état d'altération ou d'intégrité organique de l'artère, et surtout enfin la conséquence pratique si différente selon les deux cas; autant de raisons, sans doute, qui justifient la nomenclature classique des anévrismes.

M. Maisonneuve. Je ne pense pas que Lisfranc mérite le reproche que notre honorable collègue lui a adressé; loin de là, personne peut-être ne s'est autant attaché que lui, dans les cours de médecine opératoire, à démontrer l'importance des saillies musculaires ou osseuses, comme étant indispensables pour diriger dans les opérations, principalement dans les ligatures; et tous ceux qui ont suivi ces préceptes ont conservé dans le manuel opératoire une justesse et une précision qui ne dépendent que de la méthode.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

## *Séance du 7 octobre* 1852.

### Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le président annonce que M. le professeur Langenbeck, de Berlin, assiste à la séance.

### PRÉSENTATION DE MALADE.

**Tumeur fibro-plastique récidivée deux fois à la hanche.**

M. Larrey présente un malade du Val-de-Grâce dont il a déjà

entretenu la Société dans les séances du 21 janvier et du 10 mars de cette année, au sujet d'une tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe. Cette tumeur, développée depuis l'enfance sans cause primitive appréciable, s'était accrue progressivement sous l'influence de causes mécaniques et des fatigues du service militaire. L'extirpation en a été faite pour la première fois au mois de mars 1851, et a offert à l'examen anatomo-pathologique et au microscope les caractères les plus exacts des tumeurs fibro-plastiques. La récidive, survenue sur place quelques mois après avec un développement plus considérable, a nécessité une seconde opération, qui fut pratiquée le 15 janvier 1852. La cicatrisation, obtenue après quelques accidents, a été suivie enfin d'une autre récidive locale sans engorgement des ganglions lymphatiques et sans indice de diathèse générale. La tumeur, largement étalée sur toute l'étendue de la cicatrice, offre à peu près les mêmes caractères qu'à son origine; mais elle semble cependant ramollie vers un point de sa surface, et elle est devenue plus profondément le siége de douleurs lancinantes. M. Larrey, en soumettant de nouveau cette tumeur à l'observation de ses collègues, s'accorde avec eux sur la nécessité d'une troisième extirpation, qu'il pratiquera le lendemain, et il insiste sur la nouvelle démonstration que ce fait apporte aux savantes recherches de M. Lebert pour différencier les tumeurs fibro-plastiques des tumeurs cancéreuses.

**Suite de la discussion du mémoire de M. le professeur Roux sur les anévrismes.**

M. Giraldès (à l'occasion du procès-verbal). Dans la dernière séance, à propos des objections adressées à M. Roux par M. Gerdy au sujet de la méthode de Hunter, qu'il croit devoir attribuer à Anel, j'ai fait remarquer qu'il ajoutait à l'opération pratiquée par ce chirurgien plus d'importance qu'il n'en donnait lui-même, et que l'opération en question avait été faite d'après des considérations très secondaires et qu'on pourrait même dire sans connaissance de cause.

Comme ces objections ne reposaient que sur des souvenirs, j'ai dû voir si ma mémoire ne m'avait pas fait défaut et si je devais les modifier.

Après avoir consulté de nouveau le travail d'Anel (*Suite de la*

*nouvelle méthode de guérir les fistules* ou *Discours apologétique dans lequel on a inséré différentes pièces*, par Dominique Anel; Turin, 1714, p. 255) où il est question de cette opération, je crois pouvoir les maintenir comme j'ai eu l'honneur de les présenter. Il est facile d'en trouver la preuve dans le mémoire apologétique composé par Anel en réponse aux critiques du chirurgien Signoretti : dans ce mémoire, il énumère complaisamment les différentes opérations qu'il a pratiquées; il entre dans tous les détails, et, lorsqu'il s'agit de l'opération de l'anévrisme pratiquée en 1710 sur le missionnaire Bernardin de Bolseno, il ajoute des réflexions qui prouvent de la manière la plus évidente qu'aucune donnée générale n'avait précédé ou suivi son exécution.

Anel découvre l'artère humérale, lie le vaisseau le plus près possible de la tumeur, et après avoir relâché le tourniquet, s'apercevant que du sang est fourni par une artère musculaire divisée pendant l'opération dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, il lie derechef l'artère humérale dans un point plus élevé. Cette manière de pratiquer l'opération, les détails et les réflexions qu'il ajoute permettent de conclure qu'il n'est pas le créateur de la méthode connue sous le nom de Hunter.

M. Gerdy. Historiquement on doit admettre que c'est Anel qui a le premier lié l'artère au-dessus du sac, si toutefois on excepte les anciens chez lesquels on retrouve aussi quelques indications pour respecter la tumeur. Toutes les raisons que M. Giraldès vient de donner confirment les droits d'Anel. Ce qu'il redoutait en ouvrant le sac, c'était d'avoir des hémorrhagies. Guillemeau, qui connaissait ces dangers, avait également lié au-dessus du sac; Anel avait pris ce parti, parce qu'il lui suffisait de faire une petite incision au-dessus du sac; si maintenant on objecte qu'il ne connaissait pas la circulation collatérale, je dirai que ce n'est guère que depuis Haller et Scarpa qu'on s'est occupé de ce point de la science, qui est loin d'être encore bien connu, comme vous avez pu le voir dernièrement à propos de la pièce qui vous a été présentée par M. Verneuil.

J'ai employé le mot enkysté, que M. Larrey semble trouver mauvais, non pour faire une nouvelle classification, mais pour simplifier l'ancienne; tous les anévrismes, après la rupture du sac,

deviennent enkystés, même les anévrismes traumatiques, qui ne sont d'abord qu'une simple blessure artérielle.

Tous les anévrismes ne sont-ils pas constitués par un sac celluleux rempli de caillots et de sang plus ou moins fluide? Il est, je crois, très important de débarrasser la science de toutes ces superfétations qui ne peuvent que l'obscurcir.

Dans les remarques relatives à la médecine opératoire que j'ai faites dans la dernière séance, je n'ai point cherché à attaquer Lisfranc : la proposition que j'avais émise n'est pas nouvelle; seulement j'ai insisté sur ce point qu'on ne s'était pas assez occupé de l'anatomie des formes; quant à l'incision oblique, qu'il pratiquait dans la ligature de la tibiale antérieure, je n'ignore pas que c'était pour mieux distinguer l'interstice musculaire; seulement je préfère inciser parallèlement à la direction de l'artère.

M. Roux. Je crois que la discussion s'est un peu écartée du sujet; la question que j'ai traitée devant vous est une question essentiellement pratique; je croyais donc que les objections porteraient principalement sur le choix des méthodes; mais, puisque la Société a permis que la discussion portât sur d'autres points, je lui demanderai la permission de les discuter aussi.

Comme l'a très bien fait remarquer notre honorable collègue M. Larrey, il est impossible d'admettre la division que M. Gerdy propose; je crois qu'il faut conserver l'ancienne division qui admettait des anévrismes spontanés et des anévrismes traumatiques, car il existe une telle différence dans la marche et les suites de ces deux maladies qu'on ne saurait les confondre.

Dans les anévrismes spontanés, bien que la cause première soit plutôt extérieure que spontanée, il arrive toujours au bout d'un certain temps que la poche anévrismale se confond avec l'artère, tant l'ouverture de communication s'est agrandie.

Au contraire, dans les anévrismes traumatiques, il y a une véritable solution de continuité qui peut changer un peu de forme avec le temps; mais jamais cette ouverture de communication ne présente ces bords frangés irréguliers qu'on observe dans les anévrismes spontanés.

Plutôt que d'incorporer dans la science des mots nouveaux, je crois qu'il vaut mieux se contenter de l'ancienne classification, tant il est difficile d'en avoir une bonne.

Lorsque M. Giraldès objectait à M. Gerdy qu'Anel n'était pas véritablement l'auteur de la méthode qui consiste à lier l'artère au-dessus du sac, je crois qu'il avait raison. Autant que personne, je suis heureux lorsqu'un Français fait une découverte; mais ici, il faut rendre à chacun la part de gloire qui lui appartient. Oui, historiquement, Anel, antérieurement à Hunter, avait fait la ligature de l'artère en respectant le sac; mais si on recherchait ailleurs, il serait facile de démontrer par des exemples analogues que bien souvent dans les découvertes le second éclipse à juste titre la gloire du premier, et il est bien possible que si Anel a agi ainsi, c'est qu'il ne pouvait pas faire autrement.

Plus tard Hunter et Desault ont la même idée; au lieu d'ouvrir le sac dans un cas d'anévrisme poplité, ils substituent la ligature de l'artère crurale, opération regardée alors comme très hardie. Quel était leur but? C'était d'agir sur un point où l'artère n'était pas malade.

Hunter, qui venait de faire cette révolution dans la science, fut blâmé par Pott; et cependant à cette époque on pratiquait l'amputation de la cuisse pour un anévrisme poplité. Une fois ce pas immense fait, de jour en jour on a porté les ligatures plus haut en se rapprochant du tronc, et on est arrivé à des résultats merveilleux. Certes, sans cette méthode, il est douteux qu'on eût jamais obtenu d'aussi beaux succès.

Si on veut mettre fin à ce point de la discussion, il faut allier ensemble ces deux noms glorieux, et dire méthode d'Anel ou de Hunter; mais, à mon sens, la part de gloire de ce dernier doit être plus considérable, car c'est lui qui a donné à la science cette immense impulsion.

Que les anévrismes pour notre honorable collègue M. Gerdy ne soient pas la suite de la déchirure des membranes, qu'il n'ait pas surpris la nature sur le fait et que ses expériences ne lui aient jamais fait voir de ruptures des membranes artérielles, c'est possible; mais il ne faut pas perdre de vue que le plus grand nombre des anévrismes a été observé au jarret chez des individus qui par profession ont souvent les jambes fléchies, comme les rémouleurs, les tailleurs, etc. Si l'anévrisme est la suite d'un effort, pourquoi les artères n'y sont-elles pas toutes sujettes dans une égale proportion?

Je n'entends cependant pas soutenir la doctrine de Scarpa; je crois qu'elle est trop absolue. Cet illustre chirurgien voulait défendre la méthode de Hunter, en disant que l'artère est toujours malade là où elle se rompt; peut-être est-il mal de dire quelques mots qui sembleraient attaquer sa mémoire; mais la vérité est qu'il s'est laissé aller à des préventions. Ainsi au moment où en France Pelletan, Deschamps, Boyer, pratiquaient avec succès l'opération des anévrismes en ouvrant le sac, Scarpa niait la possibilité de ces succès. Boyer ne tenait autant à cette méthode que parce qu'elle lui avait réussi.

Dans trois cas d'anévrismes opérés à la Charité, et qu'il n'avait pas vus, Scarpa dit qu'il y avait altération des artères. Comme vous le voyez, les moyens que le professeur de Pavie employait pour atteindre son but n'étaient pas d'une parfaite loyauté.

Ces divers points ne devaient pas ressortir de la discussion de mon travail, et je remercie M. Gerdy de m'avoir donné l'occasion d'exposer mes opinions sur cette partie si importante de la pathologie externe.

Reste maintenant la question des procédés pour le genre de ligature. Je ne prétends en aucune manière dire que le procédé de Scarpa l'emporte sur les autres; je n'ai par devers moi aucun terme de comparaison; seulement, comme mes succès l'emportent sur mes revers, je veux rester fidèle à mon procédé, ne voulant pas m'engager dans l'inconnu.

M. Morel-Lavallée. J'ai vu avec peine que M. Roux semblait vouloir s'élever contre le langage chirurgical nouveau. Quant aux objections de M. Giraldès qui conteste à Anel le titre d'inventeur de cette méthode, je crois qu'elles sont sans importance. Anel, après sa première ligature, trouve une artère qui donne du sang. De là l'obligation de faire une nouvelle ligature. Hunter, à sa place, eût agi de même. Toutes les explications données par Anel dans son mémoire justificatif sont de nature à lui en assurer la priorité. J'ai toujours été vivement affecté de voir attribuer à Hunter l'honneur de cette découverte; Hunter a simplement fait un procédé dans une méthode.

M. Giraldès. Je ferai remarquer à M. Morel-Lavallée que l'appréciation des faits, en matière scientifique, diffère suivant les renseignements plus ou moins exacts qu'on possède sur la question

en litige. J'ajouterai aussi qu'il n'est pas possible d'établir la moindre confusion dans des faits aussi divers; qu'on ne peut pas attribuer à Hunter ce qui appartient à Anel, pas plus qu'on ne peut attribuer à ce dernier ce qui appartient à Guillemeau.

Anel, pour guérir un anévrisme traumatique du pli du coude, lie le vaisseau le plus près de la tumeur sans ouvrir le sac, et cela seulement pour éviter une cicatrice dans cette région. Hunter, en 1785, lie l'artère fémorale pour guérir un anévrisme poplité, et il place la ligature le plus loin possible de la tumeur afin d'éviter de lier l'artère dans un point malade, crainte d'hémorrhagies. Il va même plus loin; car de son opération il déduit toute une doctrine et une méthode opératoire qu'il croit applicable à la guérison des anévrismes des différentes régions. Je crois donc, jusqu'à preuve du contraire, que Hunter est le créateur de la méthode qui porte son nom.

En terminant, je dirai que, malgré le nombre considérable de succès obtenus par M. Roux, j'ai été frappé du nombre des insuccès en comparant toutes les statistiques; c'est environ un tiers. Je crois donc qu'il serait du devoir du chirurgien d'appliquer le traitement qui a donné les plus beaux résultats, la compression.

### Correspondance.

M. le docteur Mayor, de Genève, nommé associé étranger, adresse une lettre de remercîments à la Société.

— M. Huguier, au nom de la commission, annonce que M. Deguise père va aussi bien que possible, et qu'il n'est survenu aucun accident.

M. le président prie la commission de vouloir bien continuer ses visites près de notre honorable confrère.

— M. le docteur Gensoul, de Lyon, membre correspondant, adresse la lettre suivante à la Société :

### Fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate.

« Monsieur et très honoré confrère,

» Une question de responsabilité médicale relativement à un cas de fracture de l'omoplate est actuellement soumise au jugement des tribunaux. Je ne connais que très imparfaitement les faits de

la cause, et ne puis avoir l'intention d'intervenir dans le débat ; mais parmi plusieurs cas de fracture de l'omoplate que j'ai observés, il en est un qui qui est tellement rare qu'il sera, je pense, lu avec intérêt. Les conclusions à tirer de ce fait sont tellement évidentes que je dois me borner à le rapporter.

» Le nommé Revenu, cultivateur à Sainte-Foy-lès-Lyon, se présenta dans mon cabinet le 3 février 1834. Il se plaignait d'une douleur vive au bas de l'épaule lorsqu'il exécutait des mouvements. La veille, me dit-il, en descendant une côte très rapide et pavée, mon pied droit a glissé ; j'ai failli tomber en arrière sur le dos, mais je me suis retenu sur la main droite et me suis redressé sans que mon dos ait *touché* la terre. Je souffrais un peu ; mais comme je n'étais pas tombé, je regagnai mon domicile, pensant que la douleur disparaîtrait bientôt ; mais aujourd'hui je souffre davantage, et je viens me faire examiner. Je fis dépouiller de ses vêtements cet homme vigoureux, alors âgé de quarante-huit ans, et je reconnus une fracture transversale de l'angle inférieur de l'omoplate. Le fragment inférieur était si sensiblement écarté qu'en portant l'épaule en arrière il était facile de le mouvoir, de le faire crépiter contre le corps de l'omoplate. Le docteur Perouse, mon secrétaire à cette époque, constata sans peine et à l'instant cette fracture, qui se reconnaissait, passez-moi l'expression, à pleine main. Il était évident que les efforts spontanés et convulsifs des muscles grands ronds et des faisceaux musculaires du grand dorsal, qui s'insèrent à l'angle inférieur de l'omoplate, avaient rompu cet os et détaché son angle inférieur ; cependant l'action des autres muscles du tronc avait suffi pour que le malade pût se redresser et regagner son domicile sans douleur trop vive et sans qu'il fût privé de mouvoir son bras. Je plaçai le bras demi-fléchi, appuyé sur les côtés du tronc ; je le maintins dans cette position quarante-cinq à cinquante jours, et la guérison a été si complète que, quelques mois après, il était impossible de reconnaître le lieu de la fracture.

» Dans le courant de l'année 1848, le même malade se présenta de nouveau dans mon cabinet ; il venait de tomber sur le dos en marchant dans une rue dont une pluie fine avait rendu les pavés glissants : le côté gauche et postérieur du tronc avait violemment frappé le sol. A peine eut-il dépouillé ses vêtements que, portant

la main sur l'angle inférieur de l'omoplate gauche, je reconnus une fracture semblable à celle que j'avais constatée quatorze ans auparavant à l'angle de l'omoplate du côté opposé. Les mouvements du bras étaient douloureux, mais ils pouvaient s'exécuter presque dans tous les sens. Le traitement fut le même; la guérison eut lieu de la même manière. Aujourd'hui le malade travaille la terre avec vigueur, malgré ses soixante-six ans.

» Je dois ajouter que Revenu n'a jamais été affecté de maladies vénériennes, n'a jamais éprouvé d'autres fractures, et la seule prédisposition que l'on pourrait supposer chez cet homme robuste serait une petite épaisseur congéniale des tissus osseux des omoplates.

» Agréez, etc. GENSOUL. »

— M. GOSSELIN a la parole pour lire, au nom de la commission, le rapport fait sur le mémoire de M. Richet. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

*Le secrétaire de la société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 20 *octobre* 1852.

### Présidence de M. GUERSANT.

#### Installation de la Société rue de l'Abbaye, 2.

MM. les docteurs Parise (de Lille) et Loir, membres correspondants, assistent à la séance, ainsi que MM. les professeurs Roux, Bérard et Gerdy, membres honoraires.

M. GUERSANT a ouvert la séance par une courte improvisation dans laquelle il a exposé avec beaucoup de tact les motifs qui avaient obligé la Société à s'installer dans un nouveau local. Après cette allocution, il a donné la parole à M. Danyau, qui s'est exprimé ainsi, au nom de la commission d'installation :

Messieurs,

La commission honorée de votre confiance et chargée de vos pouvoirs vous doit compte de ce qu'elle a fait pour votre installa-

tion dans le nouveau local qui devient le siége de la Société de chirurgie.

La pensée d'établir la Société dans un local exclusivement affecté à ses séances, à ses travaux de commissions, à sa bibliothèque, à ses collections, n'est pas nouvelle. C'est un vœu déjà ancien, un projet formé depuis longtemps, et qui se réalise aujourd'hui par la prise de possession de ces belles salles dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés.

La Société, à ses débuts, s'estima heureuse de l'hospitalité qui lui fut si gracieusement accordée à l'Hôtel-de-Ville par M. le comte de Rambuteau. Plus tard, et pendant longtemps, elle dut se contenter de celle que nos troubles civils l'avaient forcée de chercher ailleurs, et qu'à des conditions peu onéreuses elle avait trouvée, près de la Société philomathique, dans les lieux que vous venez de quitter. A cet établissement nécessairement provisoire et insuffisant sous tous les rapports, vous avez substitué un établissement définitif, plus digne de vous, de vos travaux, du rang que vous occupez dans la science et des maîtres éminents qui sont venus s'asseoir parmi nous.

Voici la salle de vos séances : cinquante membres s'y placeront à l'aise, et il nous restera encore quelques siéges d'honneur à offrir à d'illustres visiteurs. Une large réserve faite au public, dans une partie d'où l'œil peut embrasser l'assemblée tout entière, vous permettra d'admettre plus d'auditeurs que dans l'espace restreint dont vous aviez pu disposer jusqu'ici.

Vous ne trouverez point ici, messieurs, le luxe d'un amphithéâtre à gradins en chêne, à stalles mollement rembourrées. Les fauteuils académiques invitent au sommeil, et, quoique vous ne soyez point restés inactifs, vous n'avez point encore assez fait pour vous endormir sur vos lauriers. Mais vous serez commodément assis en face de bonnes et larges tables recouvertes en drap vert, et dont la disposition, soigneusement étudiée par notre habile architecte M. Dupuis, laisse entre toutes les parties de la salle une libre circulation, et permet entre tous les membres des communications faciles. Au reste, vous pouvez voir que nous ne vous avons point traités en Spartiates, et il vous suffira de regarder à vos pieds pour reconnaître que nous avons songé à vous préserver des rigueurs de l'hiver qui s'approche.

Sur ce marbre, nous avons placé la statuette d'Ambroise Paré, le père de la chirurgie moderne; au-dessus du bureau, le buste de notre vénéré maître Marjolin; Ambroise Paré, dont nous devons souhaiter que l'esprit nous inspire; Marjolin, dont le patronage est resté cher à notre Société.

L'accès de cette enceinte est facile, et en lui conservant deux entrées, l'une qui vous est réservée, l'autre pour le public, nous avons songé au bon ordre et à la dignité de nos séances.

La salle que vous avez traversée après le vestibule est celle que nous destinons aux malades nombreux, trop nombreux peut-être, dont les affections graves sont soumises à votre examen, et aux personnes étrangères qui les accompagnent. Il sera maintenant possible de s'expliquer sur le compte de ces malades sans craindre que de désolantes paroles parviennent jusqu'à leurs oreilles. Cette salle vous offrira aussi, messieurs, un lieu commode pour les entretiens particuliers, dont le bruit, désormais éloigné de cette enceinte, laissera régner ici le silence si nécessaire à une assemblée occupée de graves questions de science et d'art. La belle collection de portraits qui en orne les murs est un don de notre secrétaire M. René Marjolin, qui a bien d'autres titres encore à notre reconnaissance. L'idée de cette décoration, qui met sous vos yeux l'image de tant d'illustrations chirurgicales nationales et étrangères, était des plus heureuses. L'exécution témoigne du bon goût bien connu de notre collègue. Quand cette collection commençante sera complète, et elle ne tardera pas à l'être si chacun de nous se fait, à l'occasion, collecteur à son tour, la Société de chirurgie possèdera un ensemble unique, et qui sera le plus curieux ornement du local dont elle prend possession aujourd'hui. Que cette collection soit, à toujours et aux yeux de tous, le témoignage de notre vénération pour la mémoire des maîtres habiles dont nous avons suivi les leçons, et des chirurgiens des âges antérieurs dont nous n'avons pas cessé de méditer les écrits.

Une autre collection, nouveau don de notre secrétaire, figurera dans la salle des conférences. Ce sera la série des illustres associés étrangers que vous avez nommés cette année. Elle sera également destinée à ceux de nos collègues que la mort nous a ravis. C'est là qu'à côté de Marjolin vous retrouverez Auguste Bérard, dont une voix éloquente doit aujourd'hui même vous faire entendre l'éloge.

Dieu veuille que de longtemps encore nous n'ayons pas à ajouter d'autres cadres à cette série !

Les commissions qui auront à se réunir au siége même de la Société, ou qui auront à s'entendre avant, pendant ou après les séances, trouveront dans la salle des conférences une pièce que nous nous sommes efforcés de rendre confortable, et où elles pourront, à leur aise, discuter les questions soumises à leur examen. Nous y avons fait placer un lit de repos destiné aux malades qui ne peuvent être bien examinés que couchés; et dans une armoire, se trouveront quelques instruments propres à des explorations spéciales.

La pièce qui suit, et qui n'est pas moins spacieuse, est la bibliothèque. Nous vous demandons la permission de ne point l'ouvrir aujourd'hui. La menuiserie n'en est pas terminée et nos livres sont encore en désordre. Là comme ailleurs, tout sera prêt, nous l'espérons, pour la prochaine séance, et vous verrez que cette partie de votre établissement ne le cède en rien aux autres.

Nous n'avons plus à vous indiquer que quelques dépendances à droite du vestibule, et la salle où chacun de nous sera prié de faire, en entrant, le dépôt des pièces anatomiques qui devront être présentées dans le cours de la séance, et qui ne pourront être apportées ici qu'au moment même de leur présentation. Vous remarquerez que cette salle est vaste, bien éclairée, et sous tous les rapports favorable à la continuation des recherches sur les pièces présentées, toutes les fois que la Société ou quelqu'un de vous, messieurs, désirera qu'elles soient poursuivies. Quelques plâtres, et au besoin même quelques pièces desséchées ou conservées dans l'alcool, pourront y trouver place.

Tel est, messieurs, le local que vous allez occuper dans un édifice de belle et sérieuse apparence et de facile abord, au milieu d'un quartier où l'air et la lumière abondent, dans le centre même des relations scientifiques. Nous ne pensons pas que vous regrettiez celui où la Société a été confinée et presque enterrée si longtemps. Il vous a suffi, pour en sortir, d'un petit effort, d'un léger sacrifice annuel. Vous étiez mal chez les autres ; vous allez être bien, très bien chez vous, et pour une longue suite d'années qu'un bail en forme vous assure. Vous ne possédiez rien, et tout ce matériel, produit de vos dons volontaires en nature et en argent, vous appar-

tient; précieux enseignement, messieurs, qui vous montre et montrera à d'autres ce qu'on peut obtenir d'une association bien dirigée et de quelques sacrifices faits en commun.

Il n'est personne d'entre vous qui n'ait pris ou ne veuille prendre part à ces sacrifices; personne, nous l'espérons, qui regrette ceux qu'il a déjà faits; personne parmi ceux qui peuvent avoir à contribuer encore qui ne soit disposé à haser le chiffre de son offrande sur ce que nous mettons aujourd'hui sous vos yeux. Et maintenant qu'une propriété collective est ici établie, il n'est personne qui ne se sente disposé à s'y intéresser, qui n'ait le désir de la conserver, de l'améliorer, de l'accroître. Aussi ne mettons-nous pas en doute que dans l'avenir de nouveaux dons ne viennent de temps en temps augmenter nos richesses.

Parmi celles dont la conservation et l'accroissement nous importent le plus, nous plaçons au premier rang notre bibliothèque et nos archives. Nos livres, maintenant qu'ils vont être reçus dans de belles armoires, ont besoin d'être classés; les manuscrits et une foule de lettres autographes précieuses à plus d'un titre et qui doivent demeurer la propriété de la Société, ne sauraient être abandonnés aux hasards d'une conservation incertaine. Pour tout recueillir, pour tout mettre en ordre, pour profiter des bonnes occasions qui enrichiraient la Société à peu de frais, il faut du temps, des soins, de la suite; et sans un intérêt particulier, sans un goût tout spécial, sans l'amour des livres, sans la connaissance des langues, sans ces relations étendues à l'étranger qui favorisent les échanges, on risque de rester toujours pauvre. La commission pense qu'un bibliothécaire-archiviste vous est devenu nécessaire, et nous ne serions pas embarrassés pour désigner d'avance à votre choix celui de nos collègues qui nous semblerait le plus propre à en remplir dignement les fonctions.

Une autre création, un peu moins urgente peut-être, mais dont la nécessité ne tardera cependant pas à se faire sentir, est celle d'un secrétaire général qui serait nommé pour plusieurs années. Les relations de la Société ont beaucoup augmenté depuis quelque temps; la correspondance s'est accrue en proportion, et c'est un surcroît d'occupations auquel suffit à peine le temps d'un secrétaire qui, sans négliger ses malades de l'hôpital et de la ville, veut donner tous ses soins à la rédaction de nos procès-verbaux. La direction de nos

intérêts demande d'ailleurs une suite qu'on ne peut attendre de secrétaires annuellement renouvelés. Il serait avantageux, nous le pensons du moins, que la Société fût représentée par un personnel moins mobile, et qu'une longue tradition s'établît dans toutes nos affaires par la nomination d'un secrétaire général. Vous y réfléchirez, et vous aviserez dans votre sagesse. Quand vous aurez décidé, le choix ne sera pas difficile à faire.

Maintenant, messieurs, il nous reste un devoir à remplir envers notre honorable secrétaire. Dans tout ce qui s'est accompli ici, sa part a été si grande, que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots, et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet succès méritent toute notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial.

Sur la proposition de MM. Michon et Monod, la motion de M. Danyau est adoptée, et des remercîments sont votés à M. le secrétaire et à la commission d'installation.

— Après ce discours, M. le secrétaire donne sommairement l'exposé du procès-verbal de la séance du 14 octobre, qui ne sera lu et adopté que dans la séance suivante.

Il lit les conclusions du rapport de la commission sur le travail et la candidature de M. Richet.

Après cette lecture, il est procédé à l'élection de M. Richet, qui, ayant réuni l'unanimité des voix, est nommé membre titulaire.

— M. LE PRÉSIDENT donne ensuite la parole à M. Denonvilliers, qui doit prononcer l'éloge de Bérard (Auguste), un des fondateurs de la Société.

### Éloge du professeur Auguste Bérard.

Messieurs,

La Société de chirurgie a voulu que, dans cette séance solennelle destinée à l'inauguration d'une ère nouvelle, ère de progrès et de prospérité, fût prononcé l'éloge du professeur Auguste Bérard, afin

sans doute qu'au souvenir d'un jour heureux pour elle se rattachât d'une manière intime la mémoire d'un des hommes dont elle s'honore le plus, de celui dont elle lit avec une fierté légitime le nom inscrit en tête de la liste de ses fondateurs, et qu'elle s'enorgueillit d'avoir eu le premier pour président.

Laissez-moi vous dire, avant de commencer, combien je me sens heureux d'avoir été choisi pour être l'interprète de cette pensée de pieuse gratitude. Aujourd'hui que le temps a accompli son œuvre inévitable et transformé les angoisses de la première douleur en un sentiment de tendre et touchant regret, c'est pour moi une consolation de jeter un regard en arrière et de reporter mes souvenirs sur la vie si pure, si laborieusement et si dignement employée, de celui qui fut pour moi le guide le plus sûr, le maître le plus doux, l'ami le plus fidèle ; c'est un bonheur surtout de songer qu'il va me suffire de dire simplement ce que fut Auguste Bérard et ce qu'il fit pour réveiller l'affection de ceux qui l'ont connu et la faire naître dans le cœur des autres.

Auguste Bérard était né le 2 août 1802, à Varrins, petit village situé près de Saumur, dans ce département de Maine-et-Loire, qui, par un triste et singulier privilége, a vu naître aussi depuis le commencement de ce siècle Béclard, Billard, Ollivier, Hourmann, célèbres, ainsi que notre infortuné collègue, par leurs talents, leurs travaux, leurs succès dans les sciences médicales, et, comme lui, victimes d'une mort prématurée.

Sa famille était sans fortune. Son père occupait dans l'administration des douanes un petit emploi, qui prenait tous ses instants et suffisait à peine aux besoins de chaque jour. Abandonné aux soins d'une mère tendre, mais indulgente et faible, dans ces premières années où se fait le plus sentir la nécessité d'une direction intelligente, A. Bérard ne trouva pour appui que son frère, à peine plus âgé que lui, et qui eût eu besoin lui-même de soutien et de guide. La première enfance des deux frères s'écoula donc, comme celle des enfants du peuple, au milieu de jeux et d'amusements champêtres, dans une entière indépendance et dans cette oisiveté vagabonde, funeste aux natures faibles ou incomplètes, mais où se trempent plus fortement peut-être les intelligences d'élite.

Admis comme externes au collége d'Angers, ils s'y distinguent aussitôt par leur aptitude au travail et par une extrême facilité qui

leur permet de suivre les exercices des classes sans interrompre le cours de leurs jeux. Hélas ! il devait venir trop tôt le moment de dire adieu à cette heureuse et insouciante existence que notre pauvre collègue a toujours regrettée, et dont il ne parlait qu'avec une touchante émotion dans les jours les plus glorieux de son âge mûr!

Les études classiques terminées, il fallait prendre un parti et aborder, sans protection et presque sans préparation, les difficultés de la vie réelle. Déjà l'aîné des Bérard se livrait depuis quelques années à l'étude de la médecine, et s'était fait remarquer à l'hôpital d'Angers, où il remplissait les fonctions d'interne; mais les ressources de la famille n'auraient pas permis d'entretenir à la fois deux jeunes gens dans une carrière d'un accès si difficile. Il fut donc décidé qu'A. Bérard entrerait dans le commerce, pendant que son frère irait à Paris tenter la fortune et solliciter une place dans quelque administration publique. Heureusement pour la science à laquelle il ne devait pas échapper, les démarches de M. Bérard furent sans succès. Le concours de l'internat s'étant ouvert sur ces entrefaites, au moment où il ne savait de quel côté tourner ses efforts, il l'apprit, eut l'idée de concourir et le bonheur de réussir. Pour les deux frères, ce fut une révolution et la conquête d'un monde nouveau : le tablier de l'apprenti fut mis de côté, et bientôt arriva à Paris, avec A. Bérard, le reste de la famille, qui venait, sur la foi de l'avenir, stimuler de sa présence les efforts des courageux débutants.

Depuis ce moment les deux Bérard nous appartiennent, et je n'ai plus qu'à rappeler à votre souvenir des détails que vous savez aussi bien que moi. Reçu dans la petite chambre d'interne de son frère et partageant avec lui l'abri et les aliments accordés par l'hôpital, A. Bérard entame résolûment cette lutte désespérée dont il osait à peine envisager l'issue et dont il devait pourtant sortir bientôt vainqueur. Qu'ils sont déjà loin les jours inoccupés de l'enfance et les joyeux travaux de la jeunesse! Plus de loisirs, plus de repos. Les journées se passent à disséquer l'un près de l'autre; les nuits à analyser les auteurs, à étudier, à méditer ensemble. Jamais la main cruelle de la nécessité ne s'était si rudement appesantie sur la pauvre famille : tel était alors le dénûment des deux frères qu'Auguste, à peine vêtu, n'osait quitter l'hôpital, ni même la chambre.

Le concours de l'externat s'ouvrit enfin ; A. Bérard, qui s'y pré-

sentait après quelques mois d'études, eut la seconde place. Si petite que fût cette position, si infime que fût ce succès, il porta la joie et la confiance dans la retraite des deux frères : l'avenir d'A. Bérard était décidé; il avait à la fois la mesure et la conscience de sa force. On était en 1822. L'année d'après, il obtint la première place d'interne provisoire; et, au concours suivant, il figurait encore au premier rang sur la liste des internes définitifs.

Depuis lors on le vit, toujours guidé par la main fraternelle, s'avancer dans la carrière avec une incroyable rapidité et marquer tous ses pas par des succès. Partout où s'ouvrait un concours qui lui fût accessible, il se présentait, et partout il triomphait. Trois années de suite, il remporta les prix de l'Ecole pratique et sut ainsi conquérir sa réception gratuite. En même temps, il gagnait, aussi au concours, la place d'aide d'anatomie de la Faculté de médecine, puis celle de prosecteur.

Connu alors pour l'un des élèves les plus solides et les plus brillants de l'Ecole de Paris, chargé de couronnes et de distinctions, il ne lui restait qu'à soutenir sa thèse inaugurale, et il présenta pour cette circonstance un travail remarquable qui pouvait faire augurer que l'élève ne tarderait pas à se placer parmi les maîtres. Ce travail avait pour sujet la *luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas et de l'atlas sur l'axis*, maladie peu étudiée, que cette dissertation contribua à faire connaître en montrant son analogie avec les autres tumeurs blanches et en donnant de cette affection la première description dogmatique qui ait paru en France.

Désormais en possession du titre de docteur, A. Bérard voyait s'ouvrir devant lui un champ plus vaste : il lui était permis de prendre part aux concours de l'agrégation et du bureau central, qui devaient lui ouvrir les portes de la Faculté et des hôpitaux. Mais c'est dans le cours de cette même année, quelques mois seulement après sa réception, que commençaient les épreuves de l'agrégation en chirurgie; parmi les concurrents inscrits, on comptait des hommes d'un âge mûr, déjà connus dans la pratique, dans les académies, dans les hôpitaux : c'étaient Sanson, Maingault, Maréchal, etc.... Aug. Bérard dut se demander et se demanda en effet si l'époque du concours n'était pas bien rapprochée de celle où il venait de quitter les bancs et s'il n'y avait pas témérité à venir, lui si jeune encore, disputer une place importante à des hommes

vieillis dans le métier et recommandables par leur expérience et leur position acquise. Longtemps il balança, et il ne fallut rien moins que les instances de son frère et de ses amis pour vaincre les scrupules de sa modestie. Une fois décidé, il entra dans l'arène hardiment, comme il le faisait toujours, et ceux qui ont assisté à ce brillant concours en ont certainement conservé comme moi un ineffaçable souvenir. C'est à cette occasion qu'il écrivit en latin une *Dissertation sur les fonctions et les maladies de la moelle épinière*, dissertation qui était, pour employer les expressions d'un journal ordinairement peu prodigue d'éloges, admirable par la clarté, la précision des détails, ainsi que par l'élégance de la diction, la pureté et la lucidité du style. On remarqua beaucoup aussi une leçon, riche de faits et brillante d'exposition, sur les cas où il convient d'appliquer le trépan. Enfin, sa *thèse* en latin *sur les corps étrangers introduits dans les voies aériennes* est une précieuse monographie, pour la composition de laquelle il a mis à profit un nombre immense de faits et dont la lecture est aussi instructive qu'attachante.

Le succès obtenu par Aug. Bérard dans ce concours dépassa les espérances de ses amis, car il fut nommé à la première place.

L'année suivante (1831), il devenait, après deux brillants concours, chirurgien du bureau central, presque au même instant où son frère, déjà chirurgien des hôpitaux, obtenait à la Faculté de médecine la chaire de physiologie, qu'il n'a depuis cessé d'y occuper avec tant de distinction.

Quel succès et quel chemin parcouru dans le court espace de neuf années !

Aug. Bérard ne devait pourtant pas s'arrêter là; il était de ces hommes infatigables et tenaces qui estiment n'avoir rien fait tant qu'il reste quelque chose à faire, et toutes ces positions si rapidement conquises n'étaient à ses yeux que des degrés pour s'élever jusqu'au faîte.

Le premier concours de professeur auquel il prit part avait pour objet la chaire de pathologie externe : c'était en 1833. Il n'avait pas encore accompli les cinq années de doctorat exigées par les règlements universitaires, et il fallut une décision du conseil de l'instruction publique pour qu'il lui fût permis d'entrer en lice. En 1834, il s'engagea dans un second concours pour la chaire de c''

nique externe devenue vacante par la mort du célèbre Boyer. L'année 1836 le vit successivement disputer l'héritage chirurgical de Dupuytren, puis la chaire d'anatomie que venait de quitter le professeur Cruveilhier, appelé à l'enseignement de l'anatomie pathologique par le vœu de l'homme illustre qui fonda si généreusement cet enseignement dans notre Ecole. Enfin, la carrière se rouvrit de nouveau pour lui en 1841 et en 1842 par la mort inattendue des professeurs Richerand et Sanson. Ce ne fut qu'à la suite de ces dernières épreuves qu'Aug. Bérard remplaça Sanson à la clinique chirurgicale, et conquit, après dix années d'une lutte opiniâtre marquée par six brillants concours, cette position de professeur si longtemps et si ardemment poursuivie; dernier triomphe qu'il devait bientôt, comme son infortuné prédécesseur, expier par un triste et fatal retour de la fortune!

Pourquoi dans cette période si longue et si pénible de sa vie, pourquoi tant d'efforts inutiles? Pourquoi ces retards et ces lenteurs qui contrastent si singulièrement avec la vivacité de ses premières victoires? C'est que la révolution de 1830, en réformant le mode de nomination des professeurs, avait tout à coup lancé dans l'arène une foule d'hommes distingués, élite et réserve des générations précédentes, les Cloquet, les Gerdy, les Velpeau, les Sanson, les Breschet, les Blandin, qui venaient demander au concours la consécration de réputations et de positions faites, la récompense de travaux anciens, de titres laborieusement acquis; c'est qu'Aug. Bérard, encore jeune d'âge, quoique déjà vieux d'études et d'expérience, poussé par la rapidité de ses premiers succès, se trouvait tout à coup mêlé aux luttes d'hommes qui avaient été ses maîtres.

Il faut avoir vécu à cette époque de rénovation et de ferveur pour se faire une juste idée de la sensation produite dans le monde médical par le spectacle émouvant de ces batailles intellectuelles où se trouvaient engagés à la fois tant d'hommes célèbres par leurs études, leurs travaux, leurs services, leurs talents, leur renommée, et dans lesquelles se distinguèrent plusieurs des savants collègues que réunit autour de cette tribune la cérémonie de ce jour. Au contact de ces luttes passionnées, image adoucie des tournois antiques, les esprits s'animaient; jeunes gens, hommes mûrs ou vieillards, savants, écrivains ou praticiens, tous prenaient parti; cha-

cun choisissait son chevalier, chacun avait son héros, dont il épousait les idées, exaltait les mérites, partageait et souvent excitait les secrètes espérances. Qu'une telle ardeur ait enfanté des exagérations, personne n'en doute ; elle fut même quelquefois l'origine d'excès condamnables : mais n'était-ce pas aussi pour la jeunesse généreuse de nos écoles le mouvement, la vie, le principe d'une louable émulation, la source d'une noble ambition, celle d'imiter un jour les prouesses qu'ils voyaient si bien accomplir ?

A cette publicité de la lutte personne n'avait à perdre parmi les hommes dignes du succès ; et c'est une question de savoir si, au point de vue de la renommée, il ne fut pas préférable d'avoir quelque temps attendu la victoire. Avec de tels rivaux, les échecs honoraient souvent à l'égal des triomphes; le renouvellement de la lutte amenait de nouveaux efforts dont le public tenait compte, et l'estime qu'il accordait au vainqueur comme aux vaincus s'augmentait pour ces derniers d'un sentiment d'intérêt et de reconnaissance sympathique. Telle fut la destinée de plusieurs de ces rudes jouteurs, telle surtout celle d'Aug. Bérard, celui de tous dont le succès fut le plus retardé. Vieil émule des concours, comme l'a dit avec un grand bonheur d'expression l'un de nos plus illustres collègues à la Faculté de médecine (1), il avait conquis depuis si longtemps l'estime de ses juges et le respect de la jeunesse qu'il était déjà, au moment même où il entrait à l'Ecole, une de ses anciennes renommées.

Aug. Bérard était doué au plus haut degré des qualités nécessaires à l'homme qui se voue à l'enseignement, et il possédait également tout ce qu'il faut pour briller dans les exercices dont se composait un concours de professeur.

Ses leçons étaient aussi remarquables par le fond que par la forme. Il possédait une connaissance approfondie des matières chirurgicales, et tenait à honneur de faire passer dans l'esprit de ses auditeurs tout ce qui était dans le sien. Aussi excellait-il à analyser un sujet, à en établir les divisions naturelles, afin de ne rien omettre et de loger chaque détail à sa vraie place. De cette bonne

---

(1) M. Dumas, aujourd'hui sénateur et inspecteur général des études pour les sciences.

distribution des matériaux résultait une abondance et une clarté, que complétait encore la netteté et la précision de son langage.

Si embarrassante et si complexe que fût une question, il était rare qu'elle ne parût pas simple après que Bérard l'avait traitée. Aussi avons-nous plus d'une fois entendu faire cette réflexion, au moins naïve, qu'il avait le bonheur de mettre toujours la main sur les questions les plus faciles; et c'est ainsi que l'extrême lucidité de cet esprit logique a pu lui nuire auprès de personnes bien intentionnées d'ailleurs, mais assurément moins pénétrantes que lui.

Parmi ceux qui avaient la prétention de le connaître et de le juger, quelques-uns croyaient de bonne foi ou affectaient de croire et de répéter que sa facilité était factice et résidait surtout dans une admirable mémoire qui lui permettait d'apprendre et de réciter des leçons préparées à loisir. Il n'en était rien. Que, dans sa jeunesse et à l'occasion de ses premiers concours, il eût employé cet artifice ou se fût exercé à faire entrer dans un cadre préparé d'avance les sujets prévus des épreuves, la chose est possible, et c'est sans doute ce que chacun de nous a pu faire à la même époque de sa vie. Mais lorsqu'il arriva aux grandes luttes du professorat, il était bien au-dessus de ces petits moyens; il n'avait pas besoin de méthode artificielle, son esprit était méthodique. La mémoire avait en effet chez lui un développement extraordinaire, mais le jugement était dans des proportions égales; et il ne brillait jamais d'un éclat plus vif et plus réel que lorsqu'il soumettait à la critique de sa raison les faits et les documents nombreux que lui fournissaient ses souvenirs et son expérience. Il avait horreur du bavardage et des lieux communs, évitait les hors-d'œuvre et fuyait les remplissages, trop riche de son propre fonds pour recourir à des accessoires dont l'emploi accuse toujours une certaine indigence.

C'est dans l'argumentation qu'Aug. Bérard développait le mieux les qualités solides de son esprit; c'est là qu'il se recommandait par la justesse de sa pensée et de ses appréciations, la sûreté de son jugement, l'étendue et en même temps l'étonnante précision de ses connaissances. Il était plus fort, il en faut convenir, dans l'attaque que dans la défense. Scrupuleux comme il l'était dans ses citations et ses assertions, il lui convenait mieux de marcher sur un terrain exploré d'avance. Que de fois la crainte de hasarder

quelque chose ou d'affirmer un fait dont il n'était pas parfaitement certain a retenu sur ses lèvres un excellent argument! Que de fois aussi il lui est arrivé de dédaigner et de laisser sans réponse des attaques dont il avait dans sa puissante raison jugé la faiblesse et qu'il croyait devoir abandonner avec confiance au jugement du jury! On aurait pu peut-être dans ses premiers concours lui reprocher un excès de fougue et une ardeur trop vive à faire triompher son opinion. Ses contemporains n'ont sans doute pas oublié l'histoire de ce larynx qu'il fit apporter tout disséqué de son laboratoire pour démontrer à un compétiteur, depuis longtemps disparu de la scène des concours, la différence qui existe entre la glotte et l'ouverture laryngée supérieure. Mais depuis il s'était bien corrigé de ce défaut, et personne, à la fin de sa carrière, n'apportait dans cette épreuve compromettante plus de retenue, de modération, et surtout de loyale impartialité.

Les six thèses qu'il soutint à l'occasion de ses concours formeraient, ainsi que nous le disait naguère un de nos collègues les plus chers (1), un recueil curieux et plein d'intérêt. Une seule a pour sujet un point d'anatomie, la *structure du poumon*, et l'on s'étonnerait de trouver dans cette dissertation Bérard si supérieur, sous le double rapport de l'anatomie et de la physiologie, aux auteurs qui avaient écrit avant lui, si l'on ne savait qu'après avoir longtemps préparé le cours de son frère et celui de la Faculté, il professa lui-même avec succès pendant plusieurs années l'anatomie descriptive et chirurgicale, et que ce fut lui qui, sous le nom et la direction de son frère, rédigea les additions à la physiologie de Richerand.

Il n'est aucune des thèses chirurgicales d'Aug. Bérard qui ne constitue une monographie utile, et ne mérite de prendre place dans la bibliothèque du praticien jaloux de se tenir au courant de la science.

Sa *Dissertation sur les causes qui s'opposent à la consolidation des fractures* renferme l'examen le plus complet et l'appréciation la plus éclairée des circonstances qui influent sur la consolidation des fractures, et démontre que c'est d'après des assertions dénuées

---

(1) M. Larrey.

de preuves et en se copiant les uns les autres que les auteurs ont admis l'action malfaisante d'un grand nombre de maladies générales sur la formation du cal.

Dans sa *Thèse sur les divers engorgements du testicule*, il s'est appliqué, à l'exemple du professeur Roux, à déterminer d'une manière précise le sens et la valeur pathologique du mot *sarcocèle*, et trois engorgements jusque-là confondus sous cette dénomination, savoir les engorgements encéphaloïdes, squirrheux et tuberculeux, ont été par lui décrits isolément et différenciés avec tant de soin que cette distinction est désormais devenue classique.

Sa *Thèse sur les maladies de la région parotidienne et les opérations que ces maladies réclament*, outre qu'elle forme un traité complet sur la matière, contient une des collections les plus précieuses qu'ait jamais rassemblée l'infatigable activité d'un concurrent, celle de toutes ou presque toutes les observations d'ablation de la parotide que possédât alors la science, tant en France qu'à l'étranger.

Sa *Thèse sur les tumeurs de la mamelle*, composée la dernière est remarquable par la solidité de la doctrine et riche de remarques et de faits tirés d'une pratique personnelle alors ancienne et très étendue.

Mais aucune de ces thèses ne peut être comparée à celle qu'il composa lors du concours de 1836, ouvert après la mort de Dupuytren, *Sur le diagnostic chirurgical, ses sources, ses incertitudes et ses erreurs*. Quelle intelligence que celle qui fut capable de rassembler, de coordonner, de mettre en œuvre en douze jours, avec un talent et une verve qu'on ne saurait assez admirer, tous les éléments d'un traité du diagnostic chirurgical, c'est-à-dire d'un ouvrage dont il n'existait jusque-là nul modèle, et qui a pour objet la partie la plus difficile et en même temps la plus importante de la chirurgie! Quelle prodigieuse capacité de travail et quelle présence d'esprit ne lui fallut-il pas pour former dans ce court espace de temps la curieuse collection de trois cents exemples d'erreurs de diagnostic, empruntés aux meilleurs chirurgiens et classés d'après un ordre rationnel basé sur la nature des causes qui ont provoqué l'erreur ou la méprise!

Indépendamment du mérite particulier de chacune de ces thèses, elles en ont un qui leur est commun à toutes : érudition solide et

de bon goût, exactitude rigoureuse des citations, sagesse et méthode dans l'ordonnance de la composition, simplicité et facilité dans l'exposition des faits, enchaînement rigoureux des idées et déduction logique des conclusions, indépendance et cependant réserve dans les jugements, telles sont les qualités par lesquelles elles s'élèvent au-dessus de ce que sont ordinairement ces morceaux de circonstance, enfantés sous la pression de la nécessité, et prennent le caractère d'œuvres sérieuses et durables.

La confection d'une de ces thèses improvisées est tout un art, art dont les difficultés et les finesses ne sont bien connues et bien senties que de ceux qui ont passé par l'étamine des concours, qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder, et dans lequel Aug. Bérard était passé maître.

A peine le sujet de la thèse était-il sorti de l'urne que déjà le plan s'en arrangeait dans sa tête. Il ne quittait pas l'Ecole sans avoir visité la bibliothèque, choisi les ouvrages qui lui étaient immédiatement nécessaires et dressé la liste de ceux qu'il aurait à consulter plus tard. Rentré chez lui, il y trouvait la petite armée de ses collaborateurs et distribuait immédiatement entre eux le travail. C'est chose merveilleuse que l'aisance avec laquelle il savait mettre l'œuvre en chantier, employer ses aides et les faire concourir au but commun, chacun suivant ses forces et ses aptitudes, sans qu'il y eût jamais ni double emploi ni confusion. Il avait pour cela un talent particulier et un goût inné. Faire travailler les autres en leur donnant l'exemple était dans sa vocation scientifique. Que de fois ne l'avons-nous pas entendu dans ces jours d'entrain envier le sort du grand Haller, qui pouvait, disait-il, rassembler autour de lui les travailleurs par dizaines et utiliser jusqu'aux membres de sa famille pour l'exécution de ses grandes conceptions!

Semblable pourtant à un général vigilant et expérimenté, qui compte un peu sur les autres, mais n'est sûr que de lui-même, il se réservait, outre l'ordonnance du sujet, la rédaction de tous les points importants ou difficiles et n'abandonnait aux aides que des parties tout à fait accessoires. La réflexion était chez lui si prompte et les connaissances si précises et si présentes qu'il pouvait immédiatement prendre la plume et ne la poser qu'après avoir rempli dans la soirée même quinze à vingt feuillets. Il composait ainsi très rapidement et de suite de longs passages, prenant indifféremment

telle ou telle partie, à la fin, au milieu, au commencement, suivant la disposition du moment, sans autres interruptions que celles qui lui étaient nécessaires pour recevoir les communications de ses collaborateurs, relire les morceaux écrits la veille, consulter de loin en loin quelque document, ou même faire quelque visite indispensable, l'esprit toujours libre et calme, et sans donner aucun signe de fatigue, jusqu'au moment où le corps de l'ouvrage était achevé et où il ne restait qu'à relier entre eux les principaux fragments et à formuler l'introduction et les conclusions. C'est ce qui avait ordinairement lieu vers le sixième jour.

Un aréopage de choix était alors assemblé, devant lequel le manuscrit, lu lentement, était critiqué, discuté, amendé, modifié, avec autant de calme que s'il s'agissait d'un livre médité depuis longtemps et dont l'auteur aurait pu retarder à son gré la publication. C'est dans cette séance que s'éclaircissaient les pensées obscures, que se rectifiaient les jugements faux ou hasardés, que disparaissaient les opinions risquées ou compromettantes ; et le manuscrit n'était livré à l'imprimerie qu'après avoir subi cette dernière épreuve. Quant au style et à la correction du texte, c'était un peu l'œuvre de tout le monde : Bérard y attachait peu d'importance; il ne tenait pas à l'élégance, et, pourvu que sa pensée fût rendue clairement et sans amphibologie, il était satisfait.

La plupart des esprits, même ceux de premier ordre, n'agissent que par saccades; ils sont capables d'efforts puissants, mais intermittents, et le repos leur est nécessaire pendant les intervalles. L'esprit d'Aug. Bérard n'était pas soumis à ces nécessités. Ces concours, d'une si longue durée et qui se renouvelèrent tant de fois, n'étaient dans sa vie que de courts épisodes. Pareille à un fleuve, qui a ses débordements, mais qui coule d'un cours non interrompu, son infatigable activité s'exerçait sans cesse et ne s'épuisait jamais. A côté de la collection de ses thèses, ses mémoires originaux formeraient un autre recueil non moins riche et plus intéressant encore; car ces travaux, fruits de sa libre inspiration, portent l'empreinte de son génie propre.

N'attendez pas de moi, messieurs, l'analyse de travaux qui vous sont si familiers. Il suffira d'en tracer un tableau rapide, en insistant seulement sur quelques-uns des traits les plus saillants.

En première ligne se présentent ses *Mémoires sur l'appareil*

*inamovible, la staphyloraphie, l'irrigation, les tumeurs érectiles et les varices*, mémoires destinés à faire connaître les perfectionnements qu'il a apportés dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales graves. C'est là qu'il nous expose, avec une modestie charmante et une simplicité comparable à celle des anciens maîtres, la part qu'il a prise à l'introduction dans la pratique chirurgicale de l'irrigation continue, de ce moyen puissant qui a conservé bien des membres et sauvé bien des existences; qu'il nous apprend quel parti heureux et nouveau il a su tirer de l'appareil inamovible, en permettant aux malades affectés de fracture de la jambe de marcher dès le troisième jour; qu'il nous montre comment il a simplifié et rendu plus facile et plus sûre la belle opération créée par le génie de M. le professeur Roux, en passant les aiguilles, non plus d'arrière en avant, mais bien d'avant en arrière; qu'il nous met au courant des tentatives nombreuses et utiles auxquelles il s'est livré dans le but de perfectionner cette méthode de traitement qui consiste à exciter dans les tumeurs érectiles ou sur le trajet des veines variqueuses une inflammation obturatrice et salutaire.

Après ces travaux de thérapeutique chirurgicale, vient une *note* intéressante sur les *kystes séreux de la face et sur les abcès de la cloison des fosses nasales*, note qui contient la description de ces maladies nouvelles ou peu connues et l'indication des signes qui permettront à l'avenir de les distinguer d'autres affections plus communes avec lesquelles elles avaient été jusque-là confondues.

A cette note en succèdent trois autres sur la *kératite vasculaire chronique*, sur la *mydriase* et sur l'*opération de la cataracte*, tous sujets qui se rapportent à la pathologie et à la thérapeutique oculaires, dont il s'était, comme on sait, beaucoup occupé dans les derniers temps de sa vie.

Je ne saurais terminer cette revue sans mentionner en particulier le seul mémoire anatomique qu'ait produit A. Bérard : je veux parler d'un travail remarquable qu'il lut à l'Académie des sciences, travail dans lequel il expose la découverte qu'il venait de faire d'une des lois les plus importantes du développement du système osseux, et montre que, pour les extrémités des os longs, l'activité et la précocité de ce développement sont dans un rapport déterminé et constant avec la direction des courants artériels. On est surpris de trouver comme égaré au milieu de ces travaux de pratique chi-

rurgicale un mémoire d'un ordre si différent. C'est un souvenir fugitif donné aux études d'un autre temps; mais le chirurgien ne tarde pas à se remontrer : d'un travail de philosophie anatomique il sait bien vite faire sortir des déductions pratiques inattendues applicables à la pathologie et au traitement des fractures, et l'un de ses élèves, M. Guéretin, écrit sur ce sujet et sous l'inspiration de son maître un mémoire plein d'intérêt.

L'impression qu'on retire de la lecture de cette partie des ouvrages de Bérard lui est très favorable. Dans ses autres productions, où il traite sous forme dogmatique les questions de pathologie chirurgicale, l'homme disparaît derrière l'auteur; il se découvre davantage ici, et gagne à se laisser voir. On y lit avec plaisir une foule de faits instructifs, bien exposés, et dans le récit desquels il parle modestement de lui-même. Avec une abnégation pleine d'honnêteté, il sait faire au besoin le sacrifice de ses prétentions d'inventeur, et l'on sent qu'en écrivant il tient moins à briller qu'à contribuer au perfectionnement de l'art et au salut de ses semblables en répandant autour de lui les vérités utiles. La facture de ces mémoires est d'ailleurs très bonne, et le style plein de ce naturel qui n'appartient qu'aux esprits pratiques.

A. Bérard était un des auteurs du *Dictionnaire de médecine*, et sa coopération à ce grand ouvrage était fort active : les articles d'anatomie et de chirurgie qu'il a rédigés lui-même ou qui l'ont été sous sa direction et sous son nom sont au nombre de 80 à 90, et feraient la matière de plusieurs volumes. Il en est de fort importants, comme, par exemple, les articles *Carie*, *Nécrose*, *Exostose*, *Fractures*, *Néoplastie*, *Bec-de-lièvre*, *Maladies du crâne*, *du coude*, *des mâchoires*, *des membres*, etc.

Je ne parle pas d'une foule de communications faites aux divers journaux de médecine, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses élèves, communications qu'il laissait échapper chaque jour et comme en se jouant, et qui contiennent pourtant bien des richesses éparses : réflexions sur des points de pratique, opérations nouvelles instituées par lui ou répétées d'après les autres, modifications des procédés connus, observations curieuses par leur rareté ou par quelque circonstance insolite, etc.

Mais il me reste à dire un mot du *Compendium de chirurgie pratique*, de cette œuvre considérable, dans l'exécution de laquelle

il n'avait voulu, par un sentiment d'affectueuse confiance dont e m'honorerai toujours, s'engager qu'avec moi. C'est lui qui en avait eu la première pensée, et, lorsqu'il m'en eut parlé, nous nous accordâmes tous deux, contre le vœu de l'éditeur, à donner à notre ouvrage la forme d'un traité didactique de préférence à celle d'un dictionnaire. Le poids de cette entreprise était senti par Bérard, mais ne l'accablait pas. Il y pensait sans cesse, et s'occupait chaque jour à préparer et à réunir des documents pour cette œuvre de prédilection ; il avait fini par former pour chaque article une sorte de bibliothèque spéciale, composée non-seulement de livres, de thèses et de mémoires imprimés, mais aussi d'observations inédites, de fragments de ses leçons, de lambeaux écrits dans ses rares moments de loisir.

Dans les ouvrages faits en collaboration, comme le *Compendium de chirurgie*, il arrive le plus souvent que les associés, après s'être concertés sur le plan et les vues générales, se partagent le travail d'une manière plus ou moins égale, de sorte que le livre, placé sous le patronage de deux noms, n'est en réalité qu'une série d'articles dont chacun est l'œuvre d'un seul auteur. Ce n'est point ainsi qu'a été composé le *Compendium*. Si l'on en excepte quelques parties achevées par l'un ou l'autre de nous pendant que son collaborateur était empêché par un concours, on peut dire bien réellement de notre livre que c'est une œuvre collective. Malgré ses nombreuses occupations, Bérard trouvait toujours, grâce à sa prodigieuse facilité, le temps de jeter sur le papier, sinon une rédaction complète, du moins une esquisse très détaillée des articles en cours de composition. Ces canevas, tracés avec une incroyable rapidité, étaient sans doute incomplets, inachevés dans quelques-unes de leurs parties, incorrects dans leur rédaction; mais on y trouvait des indications utiles, des remarques judicieuses, des observations originales et, de loin en loin, quelques fragments traités avec soin et avec beaucoup de distinction, car son style s'élevait lorsque le sujet était à sa convenance. C'est sur ce fonds que j'avais à travailler moi-même, et tels étaient l'abandon et la simplicité modeste de l'ami que j'ai tant à regretter qu'il se reposait entièrement sur moi du soin de la rédaction définitive, me laissant la liberté d'ajouter à mon gré, de retrancher, de supprimer, de modifier, liberté dont j'ai souvent et largement usé, sans que jamais une réclamation,

une parole de reproche, aient troublé l'entente parfaite et la bonne harmonie qui régnaient entre nous.

De quel avantage n'était pas pour le public et pour moi-même la collaboration d'un homme si judicieux, d'un praticien si habile et si expérimenté ! C'est ce que chacun peut facilement imaginer ; mais ce que nul ne peut sentir comme moi, c'est le vide causé par sa perte. J'ai retrouvé sans doute dans un de nos jeunes collègues (1) un collaborateur aussi recommandable par les ressources de son esprit que par l'aménité de son caractère ; mais, qu'il me pardonne de le dire devant lui, il n'est personne qui puisse me tenir lieu de celui qui n'est plus, rien qui puisse remplacer cette collaboration pleine de charmes, dans laquelle j'avais grandi, qu'égayaient mille souvenirs du passé, et qui me faisait trouver le travail si facile qu'il ressemblait à un plaisir.

Assurément les travaux si nombreux et si importants que je viens de passer en revue eussent été plus que suffisants pour illustrer celui qui les a accomplis, et, si quelque chose étonne, c'est qu'ils aient pu être achevés pendant la durée d'une existence si courte ; mais A. Bérard ne fut pas seulement un écrivain fécond et une célébrité des concours, il fut surtout un chirurgien voué à la pratique et à l'enseignement de son art, et il conquit à ce double égard une renommée fondée sur des titres qui, pour laisser des traces moins visibles et moins durables, n'en sont pas moins réels et moins sérieux.

Nommé au bureau central des hôpitaux à l'âge de trente ans, il remplit successivement les fonctions de chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, de la Salpêtrière, de l'hôpital Necker, et de la Pitié. Sur ce grand théâtre, et au milieu de ces vastes ressources, les progrès d'A. Bérard furent rapides. Soumises au contrôle des faits qu'il observait lui-même, les idées qu'il avait puisées dans l'étude des auteurs s'affermirent sur quelques points, se modifièrent dans d'autres, et gagnèrent tout à la fois en rectitude, en assurance et en étendue. C'est là que son esprit put enfin prendre tout son essor; c'est là qu'il quitta en quelque sorte la robe prétexte pour revêtir enfin la robe virile et s'asseoir parmi les maîtres.

---

(1) M. Gosselin.

A l'hôpital, et près du lit des malades, A. Bérard était sur son véritable terrain. Les graves problèmes qui s'y trouvaient sans cesse posés convenaient à son intelligence calme et sereine. Dans les cas ordinaires, son coup d'œil était rapide, son intelligence et son jugement sûrs. Les cas obscurs, complexes ou insolites le mettaient rarement en défaut : grâce à ses vastes connaissances et à sa merveilleuse mémoire, il trouvait dans ses souvenirs des faits analogues, des objets de comparaison qui devenaient pour son esprit juste et pénétrant les éléments d'une opinion motivée. Cette puissance de diagnostic lui avait été très utile dans les concours, et lui donnait, dans la pratique civile, une grande autorité.

Ses manières simples et en même temps affectueuses, sa physionomie ouverte, calme, et douce, lui gagnaient bien vite la confiance des malades, et il la justifiait pleinement par le dévouement avec lequel il les soignait. Soulager ou guérir ceux qui avaient recours à lui, tel était le but de ses constants efforts : aussi ses recherches originales ont-elles presque toujours eu pour objet la thérapeutique, qu'il regardait avec raison comme la fin et la partie principale de la médecine; aussi, tout moyen nouveau destiné à augmenter les ressources de la chirurgie était-il bien accueilli par lui ; et, pour peu que ce moyen offrît quelque chance raisonnable de succès, il n'hésitait pas à le soumettre, avec toute la réserve nécessaire, au critérium de l'expérience.

Préparé par de fortes études anatomiques et par une longue pratique des dissections, A. Bérard était bien vite devenu un excellent opérateur. Il est juste de dire cependant qu'il maniait le bistouri avec plus de sûreté que d'élégance; mais il possédait une qualité bien autrement précieuse, c'était un sang-froid et une présence d'esprit imperturbables, qui ne se démentaient dans aucune circonstance, et dont il donna un jour un remarquable exemple. Il avait entrepris l'ablation d'une énorme tumeur fongueuse de la dure-mère, opération pour laquelle il avait été forcé d'appliquer seize couronnes de trépan. Au moment où il achevait l'opération, le malade eut une syncope qui fit craindre pour sa vie. Sans se déconcerter, Bérard appliqua à l'instant la paume de la main sur le cerveau et par cette simple manœuvre rendit la vie au moribond. Il avait compris que l'accident avait pour cause l'interruption brusque

de la pression à laquelle était habitué le cerveau, et qu'en rétablissant cette pression il remédierait à tout.

Celui qui était déjà un bon praticien et un habile opérateur et qui s'était distingué par ses publications et ses concours, celui-là ne pouvait être un professeur médiocre. La chaire de clinique chirurgicale est, comme on l'a dit avec raison, plus propre qu'aucune autre à fonder les grandes réputations, parce qu'elle donne l'occasion de joindre l'exemple au précepte; mais c'est aussi, par la même raison, une des plus difficiles à remplir, puisqu'elle exige un ensemble de qualités et de talents qui ne se trouvent pas souvent réunis dans le même homme. Ces qualités et ces talents, Bérard les possédait. Ses leçons de clinique se distinguaient par l'intérêt qu'il savait donner au récit des faits pratiques, la sagacité et la profondeur dont il faisait preuve dans la discussion des questions problématiques, la justesse de ses appréciations, la sûreté de ses jugements, la sagesse de ses résolutions et l'habileté qu'il déployait dans l'exécution des opérations. Joignez à cela un extérieur digne, une voix harmonieuse, une parole facile, beaucoup de bonté pour les malades, une grande affabilité avec les élèves, et vous comprendrez le succès de son enseignement, succès qui se fût encore augmenté si A. Bérard eût assez vécu pour arriver aux hôpitaux du centre, et qui l'eût infailliblement placé à côté de son frère parmi les professeurs les plus justement célèbres de la Faculté de Paris : exemple peut-être unique de deux frères, doués des qualités personnelles les plus brillantes et les plus aimables à la fois, unis par la plus douce intimité, poursuivant en même temps, avec un égal bonheur et par des moyens semblables, une même carrière scientifique, dans laquelle ils arrivent tous deux à conquérir, par le seul ascendant du mérite et du travail, la plus haute renommée et les positions les plus élevées!

L'homme distingué dont je viens de retracer devant vous les mérites, les travaux, les luttes et les triomphes, aurait pu, comme tant d'autres, faire suivre son nom du titre de membre d'une foule de sociétés savantes, françaises ou étrangères; il n'avait pour cela qu'à vouloir. Il ne voulut pas, et se montra toujours peu curieux d'un genre de distinction si vain et si facile à acquérir. Ce n'était pas dédain chez lui : il faisait cas de ces réunions où les hommes s'instruisent sans peine et rapidement par l'échange de leurs idées, et

où ils apprennent, au contact de tous les jours et dans la liberté de discussions familières, à se connaître et à s'estimer; mais, dans la simplicité de son esprit sincère, il ne comprenait pas le titre sans l'emploi. Aussi n'appartenait-il qu'à un petit nombre de sociétés, qu'il avait choisies, et dont il était, non pas un membre nominal, mais un des collaborateurs les plus actifs et les plus assidus.

Il était de la Société anatomique, de la Société de médecine, de l'Académie, et de la Société de chirurgie de Paris.

La direction de ses études et le grand nombre de ses occupations le tenaient depuis quelques années éloigné de la première de ces sociétés, et l'empêchait, à son grand regret, de fréquenter la seconde autant qu'il l'aurait voulu; mais il en avait longtemps suivi et partagé les travaux.

Les Bulletins de la Société anatomique sont remplis de communications qui attestent son zèle et son activité. Il fut secrétaire en 1830, et rédigea un compte rendu très remarquable des travaux accomplis pendant cette année. Je l'ai souvent entendu se plaindre des circonstances qui ne lui permettaient plus d'aller s'asseoir au milieu de cette jeunesse studieuse, ornement et espoir de nos hôpitaux et de notre Faculté.

La Société de médecine a gardé de son passage le meilleur souvenir; elle a voulu être représentée à ses funérailles, et l'orateur qui portait la parole pour elle (1) a fait entendre sur la tombe de l'ami qui venait d'être enlevé à l'affection de tous de touchantes paroles, dans lesquelles il a rappelé la part honorable que Bérard avait voulu prendre au cinquantième anniversaire de la Société, et la lecture d'un mémoire qu'il avait tenu à y faire entendre afin que la chirurgie ne manquât pas à cette fête de famille.

L'Académie de médecine le comptait depuis plusieurs années parmi ses membres les plus exacts. Il s'y était fait remarquer par des communications intéressantes et par des rapports travaillés et substantiels. Il ne se prodiguait pas dans la discussion, et ne prenait la parole qu'à propos. Aussi avait-il acquis dans cette compagnie beaucoup d'autorité et une grande considération.

---

(1) M. Sandras, médecin des hôpitaux de Paris.

C'est la Société de chirurgie qui le possédait le plus complétement. C'était bien la Société de son choix et de ses affections, que celle qui avait pour objet exclusif les progrès de cette partie de la science qu'il professait avec tant d'éclat, et dans chacun des membres de laquelle il retrouvait un camarade d'hôpital, un compagnon d'étude, un rival de concours, un ancien élève, et toujours un ami.

Le nom d'Aug. Bérard est inscrit le premier sur la liste des fondateurs de la Société de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement que lui désiré la formation de la Société et ne s'était employé d'une manière plus efficace à atteindre ce but. C'est lui qui avait fait les démarches nécessaires pour faire approuver les statuts de la Société et obtenir l'autorisation nécessaire à sa constitution. C'est encore lui qui avait sollicité du préfet de la Seine le local dans lequel nous avons tenu nos premières séances. Il avait été président du bureau provisoire, et c'est sous sa direction et dans son cabinet même que s'était élaboré le règlement de la Société. Celle-ci une fois établie, et lorsqu'il s'agit de constituer le bureau définitif, la présidence revenait naturellement à Bérard, et il y fut porté par l'acclamation unanime de la Société.

Les services qu'il rendit dans cette fonction sont inappréciables. Il en est d'une société naissante comme d'un jeune enfant qui entre dans la vie; son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or, Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer suivant le besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. C'est un de nos collègues qui nous l'a dit (1), et je m'étaie d'autant plus volontiers de son autorité, qu'il fut lui-même un de nos meilleurs présidents : « Aug. Bérard avait su dès le début im-
» primer aux séances de la Société une marche si régulière qu'il
» n'a pour ainsi dire laissé à ses successeurs qu'une ligne toute

(1) M. Larrey.

» tracée à suivre. » Cette aptitude à conduire une discussion, qui se liait à la rectitude de son jugement et à la netteté de son esprit, était en lui un talent naturel, qui perçait continuellement, et qui avait été apprécié dans toutes les sociétés auxquelles il avait appartenu. C'est une histoire bien connue à la Société de médecine de Paris qu'au temps où Bérard en suivait régulièrement les travaux, quand il arrivait que la discussion s'égarât, M. Prus, alors président, avait l'habitude de donner la parole à Bérard sans qu'il l'eût demandée; et telle était sa connaissance approfondie de tous les sujets, même purement médicaux, son attention constante à suivre les discussions, sa facilité à les analyser, à les résumer et à les juger, que, quel que fût le sujet en litige, il répondait à l'invitation du président, jetait en quelques mots la lumière sur les questions les plus obscurcies, et ramenait la discussion à ses véritables termes.

Comme membre de la Société, la coopération de Bérard ne fut pas moins utile. Il encourageait nos efforts par son exemple. Les travaux de la Société s'ouvrirent par une communication intéressante de lui sur une forme particulière et non décrite d'anévrisme artérioso-veineux. Pendant les trois années qu'il passa au milieu de nous, son zèle ne se ralentit jamais; il manquait rarement nos séances, et seulement quand d'autres devoirs plus impérieux exigeaient ailleurs sa présence. Deux mois avant sa mort, et dans la séance qui précéda sa demande de congé, il nous entretenait encore des dangers des ponctions exploratrices, et nous exposait quelques vues originales sur les opérations pratiquées par la méthode sous-cutanée. Les communications qu'il fit à la Société sont nombreuses et presque toujours importantes. Je citerai seulement comme exemples ses observations sur la réductibilité et les battements de certaines tumeurs encéphaloïdes, ainsi que celles sur la possibilité de la résorption du tissu cancéreux. Son absence se fait souvent sentir au milieu de nous, et il nous serait bien nécessaire pour aider à la solution de certaines questions, telles que celle de la valeur des injections iodées dans les cavités séreuses, question qu'il avait soulevée parmi nous et qui est restée pendante et encore indécise jusqu'à ce jour. C'est dans la discussion de ces questions litigieuses que son intervention était particulièrement utile; c'est là que se découvraient tous les trésors de bonne observation,

d'érudition solide, de pratique intelligente, qu'il avait depuis longtemps accumulés; là qu'il nous ramenait, avec son sens droit et sa raison inflexible, à la vérité, loin de laquelle nous entraînaient parfois les brillantes mais dangereuses illusions de l'imagination.

Que pourrais-je maintenant ajouter que vous ne soyez prêts à dire comme moi sur l'agrément de ses manières, la modération de son esprit, la sûreté et l'honnêteté de son caractère, et cette constante bienveillance qui le faisaient universellement aimer. Après avoir traversé tant de concours et parcouru une carrière si agitée, au milieu des froissements, des mécomptes et des brigues qu'engendrent les luttes et les rivalités de ce genre, il n'avait conservé de ressentiment contre personne, et je ne crois pas non plus qu'il eût excité autour de lui aucun sentiment motivé d'hostilité. C'est qu'il était vraiment bon. « Sincère et fin, sage et gai, complaisant et » réservé, modeste pour lui-même et disposé à louer les au- » tres, dévoué pour ses amis et bienveillant au moins pour ceux » qui ne l'étaient pas, heureux de bien faire et de ce qu'on faisait » de bien, il répandait et vivifiait autour de lui tous les bons senti- » ments dont il était animé. »

Tel en effet nous l'avons tous vu dans ses relations avec ses confrères et ses élèves, et je suis heureux d'emprunter à l'un des membres de la Société de médecine (1) ce jugement si juste et formulé dans un si bon langage.

On rencontrait rarement A. Bérard dans le monde : il n'en avait ni le temps, ni le goût. Sa vie extérieure était si complétement consacrée aux autres que, dans ses rares moments de repos, il aimait à se replier sur lui-même et sur les siens. C'est là que, dans le cercle d'une étroite intimité, il se livrait sans contrainte à toutes les inspirations de son heureux naturel et découvrait dans son caractère des côtés que n'auraient point soupçonnés les indifférents. Il faut avoir assisté à ces scènes d'épanchement et d'abandon pour connaître entièrement Bérard et pour comprendre tout ce qu'il y avait d'imagination dans ce savant à formes si positives, de simplicité, de candeur, et d'aimable naïveté dans cette intelligence si supérieure ; c'était, avec l'esprit d'un homme, le cœur d'un enfant.

---

(1) M. Sandras.

Ses souvenirs le reportaient sans cesse aux premières années de sa vie, dans les beaux champs de l'Anjou, sur les coteaux de la Loire, et ses conversations favorites avaient pour objet les amusements et les petites aventures de sa jeunesse. Il n'imaginait pas de plus grand plaisir que de laisser là les affaires pour aller, tout seul avec sa famille, passer un jour entier à la campagne, dans le fond d'un bois ou sur le bord d'une rivière, et c'est ainsi que, dans les temps les plus occupés de sa vie, pendant ses concours même, il employait la journée du dimanche. Aller un jour chercher un long repos, suivi d'une mort tranquille, dans ces lieux, si charmants pour lui, où il avait goûté les premières joies de la vie, tel était le dernier terme de son ambition.

Ce vœu si modeste ne put pas être exaucé. C'est au moment où tout semblait lui sourire, quand, parvenu aux plus hautes dignités et aux honneurs de notre profession, dans la force de l'âge (1) et dans la toute-puissance de ses facultés, entouré de vieux amis et d'une jeune et charmante famille, il semblait avoir fixé la fortune si longtemps rigoureuse, c'est alors qu'une mort inopinée vint le surprendre et le renverser.

L'émotion profonde excitée dans tout le corps médical par ce funeste événement ne fut nulle part plus vivement ressentie que dans le sein de la Société de chirurgie, et celui de nos collègues qui porta la parole en notre nom sur la tombe de l'infortuné Bérard a pu dire avec raison que le vide produit par cette perte se ferait longtemps et cruellement sentir. Aujourd'hui, messieurs, que six années ont passé sur cette tombe, que la Société de chirurgie a pris une extension considérable, qu'elle s'est fortifiée par l'adjonction de jeunes titulaires aussi actifs que distingués, qu'elle voit sur la liste de ses honoraires et de ses associés les chirurgiens les plus célèbres de toutes les contrées de l'univers, qu'elle a eu l'honneur d'y inscrire le frère aîné de celui que nous avons tant regretté, je dis cependant que le vide n'est pas encore rempli et qu'A. Bérard nous manque. Oui, il nous manque; car si la Société n'a plus désormais le même besoin d'aide et d'appui, elle serait heureuse de se montrer dans sa splendeur nouvelle à celui qui la vit au berceau, qui guida ses premiers pas encore chancelants, et qui jouirait

(1) Bérard est mort à l'âge de 44 ans, le 15 octobre 1846.

si bien de ses progrès et de sa prospérité. Le sentiment que j'exprime ici, messieurs, est celui de la Société. Pourquoi, en effet, avoir voulu que cet éloge fût prononcé, sinon pour que, par ce qu'il a laissé de meilleur sur la terre, c'est-à-dire que par la mémoire de ses œuvres, A. Bérard fût encore aujourd'hui présent dans cette enceinte?

La Société de chirurgie, messieurs, a fait deux grandes pertes, celle de Marjolin et celle de Bérard : l'un qui fut le premier et longtemps le seul de ses membres honoraires, l'autre qui fut le premier de ses fondateurs et de ses présidents. Que la Société de chirurgie montre qu'elle sait honorer après leur mort ceux qui l'honoraient elle-même pendant leur vie. Déjà le buste du professeur Marjolin, de notre vénérable maître à tous, a été placé au-dessus du bureau, comme si son inspiration devait planer sur notre réunion : qu'un portrait du professeur A. Bérard décore également les parois de cette salle, afin que l'image de ces deux membres illustres soit présente à nos séances comme leur souvenir est vivant dans nos cœurs, afin que, par ces signes visibles, leur mémoire se perpétue chez nos successeurs, et qu'en contemplant ces nobles images l'étranger qui pénètre pour la première fois dans cette enceinte sache quel esprit nous anime et ce qu'on doit attendre d'une Société qui a pris pour exemples Marjolin et Bérard, ces deux hommes dont la vie a été la réalisation de notre belle devise :

*Vérité dans la science, moralité dans l'art.*

— La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. le docteur Bouisson sur les hémorrhagies périodiques.

MM. Michon, Nélaton et Debout sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

*Le vice-secrétaire de la Société*, E. Laborie.

## *Séance du* 13 *octobre* 1852.

**Présidence de M. Guersant.**

M. le professeur Bouisson assiste à la séance.

### Restauration de la lèvre inférieure à la suite de l'ablation d'une tumeur cancéreuse.

M. Michon présente un homme âgé de soixante-huit ans chez

lequel il a restauré avec beaucoup de bonheur toute la lèvre inférieure, qu'il avait été obligé d'enlever dans un cas d'affection cancéreuse.

La tumeur avait débuté, il y a environ trois ans, par un petit bouton occupant la partie moyenne de la lèvre inférieure. Ce bouton, qui saignait au moindre attouchement, après être resté quelque temps stationnaire, ne tarda pas à envahir presque toute la lèvre et une partie du menton. Les dents, les gencives furent bientôt à nu, et alors il en résulta non-seulement de la gêne pour parler ou manger, mais une déperdition continuelle de la salive et une difformité rebutante.

L'état général du malade étant bon, M. Michon résolut d'enlever la portion de la lèvre ulcérée et de remédier du même coup à la perte de substance résultant de l'opération.

Ce fut dans les derniers jours de septembre qu'elle fut faite. Le malade ayant été soumis à l'action du chloroforme, M. Michon pratiqua une incision triangulaire, dont la base regardait la lèvre et le sommet s'étendait jusque vers l'os hyoïde; toute la portion malade ayant été enlevée, une incision latérale fut pratiquée à chaque commissure, et le lambeau fut disséqué franchement dans une assez grande étendue en haut et en bas, ainsi que la membrane muqueuse buccale, afin de pouvoir faciliter le glissement et permettre l'affrontement sur la ligne médiane. La dissection étant terminée, M. Michon rapprocha sur la ligne médiane les deux lambeaux et les réunit par une suture entortillée : les deux incisions latérales furent réunies par une suture en surjet, et la membrane muqueuse buccale disséquée maintenue par plusieurs points de suture de manière à remplacer la lèvre inférieure. Le pansement consista à recouvrir le bas de la figure et le cou de compresses imbibées d'eau fraîche ; au bout de trois jours, la réunion était complète.

Aujourd'hui, en examinant le malade, il est difficile de croire qu'il a pu subir une pareille opération, tant la réunion a été heureuse; la membrane muqueuse réunie sur la ligne médiane forme une sorte de frein ; la mastication et la parole ne sont nullement gênées.

**Luxation du cristallin.**

M. Larrey présente un jeune garçon qu'il a déjà soumis à l'at-

tention de la Société ( séance du 16 juillet 1851 ) pour un cas rare de luxation spontanée du cristallin sans cataracte. Cette affection assez singulière avait été précédée dans l'enfance et par suite de convulsions d'une amblyopie double considérée comme myopie. Des phénomènes de synchysis furent observés quelques années plus tard dans l'œil gauche avec affaiblissement plus marqué de la vue de ce côté. Le malade fut admis enfin comme enfant de troupe au Val-de-Grâce dans le courant de juin de l'année dernière et observé pendant près de trois mois dans les conditions suivantes :

Le cristallin de l'œil gauche, paraissant enveloppé de sa capsule, avait franchi l'ouverture pupillaire et occupait visiblement la chambre antérieure en refoulant l'iris en arrière et sans offrir la moindre trace d'opacité. Le corps lenticulaire, demeuré ainsi parfaitement translucide, était mobile derrière la cornée, à tel point que, sous l'influence de certains mouvements ou par la dilatation soit spontanée, soit artificielle de la pupille, il reprenait aisément sa place normale pour la quitter de nouveau. C'était, en définitive, une luxation réductible du cristallin sans opacité, sans altération non plus de la cornée ou de l'iris, qui offrait cependant un certain degré d'oscillation (*tremulus iridis*), de même que l'humeur vitrée paraissait diffluente ou constituant le synchysis.

La complication antérieure d'amblyopie, autant que l'absence de tout accident, de toute inflammation dans l'œil, accoutumé pour ainsi dire à ce déplacement de l'une de ses parties constituantes, permettaient de temporiser jusqu'à ce qu'une indication précise exigeât une opération chirurgicale.

Le jeune malade est resté dans le même état pendant plusieurs mois, et ne s'est aperçu que vers le mois de février de cette année d'un changement de coloration dans son œil : le cristallin, toujours luxé, mais encore réductible, est devenu opaque, et la cataracte, bien appréciable aujourd'hui, permet de constater la mobilité de la lentille et la diffluence du corps vitré bien mieux qu'à l'époque où la transparence était parfaite. Il est possible que la résorption ait lieu comme à la suite de l'opération par abaissement, sinon il sera peut-être utile de pratiquer l'extraction avec tout le soin nécessaire pour éviter l'évacuation simultanée des humeurs de l'œil.

Tel est, ajoute M. Larrey, le but de cette nouvelle communication, à laquelle se rattachent quelques faits analogues mais non

semblables adressés à la Société de chirurgie et que nous aurons occasion d'examiner plus tard à propos de celui-là.

**Tumeur pulsatile siégeant à la partie supérieure de l'humérus droit.**

M. Demarquay présente un malade d'une quarantaine d'années, d'une constitution délicate; il y a un an, il éprouva des douleurs rhumatoïdes dans les membres supérieurs. Au mois de mai dernier, il s'aperçut qu'une tumeur se développait à la partie antérieure de l'humérus droit, au niveau de l'insertion deltoïdienne. Cette tumeur est allée se développant : elle a acquis un volume considérable; elle entoure tout l'humérus; elle est le siége de douleurs vives, lancinantes, qui empêchent le malade de dormir. Des pulsations artérielles se font sentir dans toute l'étendue de la tumeur; un bruit de souffle bien évident existe dans toute la tumeur, surtout dans la partie antérieure. La compression de la sous-clavière fait cesser les battements, ainsi que le souffle. Une mobilité anormale existe à la partie moyenne de l'humérus entouré de toutes parts par la tumeur pulsatile. Une aiguille à acupuncture, enfoncée à la partie externe, touche une portion d'os saine; mais, si on introduit l'aiguille à sa partie antérieure, on la traverse de part en part, ainsi que l'humérus, qui donne dans ce passage la sensation de lamelles osseuses déplacées par le corps que l'on a introduit.

M. Demarquay, en présentant ce malade, demande à la Société son opinion sur la nature de la tumeur et sur le traitement qu'il convient de lui appliquer.

M. Maisonneuve. Le fait très intéressant que vient de nous présenter M. Demarquay me donne l'occasion de formuler ici une pensée que j'avais déjà eue dans de semblables circonstances : il arrive assez souvent que la Société est consultée pour des cas très difficiles, d'un diagnostic obscur; loin de moi l'idée de priver la Société de l'examen de faits curieux; mais il me semble que dans ce cas il faudrait, puisque la Société est consultée, que l'examen fût fait moins légèrement; l'on ne pourrait qu'y gagner sous le rapport du diagnostic et de la thérapeutique. Mon avis dans ce cas serait de réséquer l'humérus plutôt que de pratiquer sa désarticulation.

**Suite de la discussion du rapport de M. Gosselin sur le travail de M. Richet.**

M. Lenoir. Je n'aurais que des éloges à adresser au rapport de M. Gosselin, et je m'associerais volontiers aux doctrines qu'il contient si notre honorable collègue avait insisté plus qu'il ne l'a fait sur une distinction qui me paraît importante au double point de vue du diagnostic à établir et du traitement à employer dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation de la tête de cet os. Vous savez que ces fractures sont de deux sortes : les unes, et ce sont les plus fréquentes, portent sur le col chirurgical, et les autres, qui n'ont été qu'assez rarement observées, portent sur le col anatomique. Or j'admets tout ou presque tout ce que le rapporteur de la commission a dit de la facilité qu'on éprouve à reconnaître les fractures du col chirurgical et de l'efficacité de la manœuvre que M. Richet décrit pour réduire l'extrémité de l'humérus déplacée, parce que dans cette fracture le fragment supérieur offre un certain volume et, partant, une certaine prise à l'action de nos moyens d'exploration et de réduction. Mais je conteste qu'il en soit ainsi dans la fracture du col anatomique ; je nie que, dans ce cas, il soit facile de reconnaître sur le vivant la luxation de la calotte osseuse et cartilagineuse qui forme le fragment supérieur de cette fracture ; je nie, jusqu'à preuve du contraire, qu'il soit facile de la sentir au milieu des parties molles du moignon de l'épaule, et je nie enfin qu'il soit possible et qu'il convienne de la replacer dans la cavité glénoïde à l'aide de pressions latérales directes. Je fonde cette opinion contradictoire sur l'étude de deux faits qui sont consignés dans les annales de la science, et sur celle d'un cas que j'ai été à même d'observer dans tous ses détails. Je connais, en effet, trois observations de fracture du col anatomique de l'humérus compliquée de luxation de la tête de cet os, auxquelles il faut ajouter le cas de M. Richet, si la solution de continuité de l'os a eu réellement lieu dans ce point, ce que je ne sais pas.

Vous voyez déjà par là que ce genre de fracture compliquée méritait qu'on en parlât d'une manière plus explicite.

La première de ces observations appartient à mon premier maître en chirurgie, à Houzelot père, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de

Meaux ; elle est mentionnée dans une note du grand ouvrage de Boyer, et elle a fourni à Delpech la matière d'un bon mémoire accompagné de planches, qu'il a consigné dans sa *Chirurgie clinique de Montpellier*. La pièce anatomique doit exister aujourd'hui dans le cabinet du Val-de-Grâce, où je l'ai déposée de la part d'Houzelot. Cette observation a pour sujet un vieillard hémiplégique qui fit une chute du haut de son lit, et qui mourut des suites de cet accident au bout de douze jours. Dans ce cas, la tête de l'os était luxée en arrière dans la fosse sous-épineuse. Cette complication de la fracture avait été méconnue pendant la vie du blessé.

La deuxième observation est rapportée par sir Astley Cooper dans son beau *Traité des luxations ;* il n'est rien dit de l'âge du sujet : on sait seulement qu'il fit une chute de cheval dans laquelle il se fractura l'extrémité supérieure de l'humérus, en se luxant en même temps le fragment supérieur. Cette fracture était *intra-capsulaire*, et le déplacement de la tête de l'os avait lieu en avant du scapulum avec lequel elle contracta des adhérences osseuses : ce qui fut constaté par l'autopsie plusieurs années après l'accident. Le chirurgien qui donna les premiers soins au malade était le docteur Lucas, chirurgien de l'hôpital de Guy ; il ne reconnut pas la fracture.

La troisième observation est celle qui m'est propre, et dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir l'an passé. Elle est relative à une femme de quatre-vingt-huit ans, qui, dans une chute sur le côté, se fractura le col anatomique de l'humérus. Cette femme étant morte au bout de cinq à six mois de séjour à l'hôpital, nous trouvâmes, à l'autopsie, la tête de l'os passée à travers une large ouverture de la capsule articulaire et logée au-devant du plexus brachial sur lequel elle appuyait par sa surface inégale ; sa surface cartilagineuse et lisse regardait en avant : elle avait par conséquent, comme vous pouvez encore bien le voir sur la pièce que je vous présente, exécuté un mouvement de sens dessus dessous.

Voici donc trois cas de fracture du col anatomique de l'humérus compliqués de luxation de la tête de cet os, et dans lesquels la luxation concomitante de la fracture a été méconnue.

Y aurait-il eu dans ces trois cas inattention ou inhabileté de la part des observateurs ? ou bien le diagnostic aurait-il été, sinon impossible, au moins fort difficile à établir ? Un coup d'œil rapide

jeté sur les signes qui peuvent caractériser cette double lésion nous aidera à résoudre cette question. Rappelons d'abord que ces sortes d'accidents ne sont ordinairement produits que par une violence extérieure très forte qui porte presque exclusivement sur le moignon de l'épaule ; or une pareille violence amène toujours après elle un épanchement de sang considérable, du gonflement des parties molles et de la roideur des muscles contus, toutes circonstances qui, vous le savez, s'opposent à l'examen complet d'une fracture profondément située.

En second lieu, la déformation du membre luxé et fracturé est à peine sensible. En effet, quand la tête de l'humérus est séparée des tubérosités de cet os, ce qui reste de l'extrémité supérieure est encore assez volumineux et vient s'appuyer contre la cavité glénoïde ; aussi le moignon de l'épaule est-il seulement un peu plus déprimé que dans l'état normal. Je demande alors s'il est possible au chirurgien le plus attentif de reconnaître cette légère dépression, quand d'ailleurs il existe du gonflement des parties molles ? La crépitation, qui est le signe pathognomonique des fractures, n'est pas franche dans le cas qui nous occupe ; elle y résulte, en effet, de la mise en contact de la surface inégale du fragment inférieur de l'humérus avec la surface lisse et polie de la cavité glénoïde de l'omoplate, disposition qui ne peut donner lieu qu'à un frottement rude. Or la sensation de ce frottement portera le chirurgien à croire plutôt à l'existence d'une contusion de l'articulation qu'à celle d'une fracture. Reste maintenant la présence de la tête de l'os dans le voisinage de l'articulation : si elle était reconnue, ce serait sans contredit le signe le plus certain et de la fracture et de la luxation ; mais le gonflement résultant de l'épanchement sanguin dans les premiers jours et de l'inflammation dans ceux qui suivent ne s'opposera-t-il pas à la recherche de cette tête, et celle-ci, toujours si peu volumineuse, ne se présentera-t-elle pas dans des lieux et dans des positions tels qu'il pourra devenir impossible au chirurgien le plus expérimenté de la reconnaître ?

Pour ces raisons, je crois que de pareilles fractures compliquées doivent être et seront le plus souvent méconnues dans tout ce qui les constitue.

Je passe au second point. Peut-on et doit-on réduire la luxation dans ces cas ? Voici ce que dit Delpech à ce sujet :

« On peut sans exagération regarder toute réduction comme im-
» possible. Comment repousser la tête de l'humérus dans l'articu-
» lation ? comment la retourner de manière que les nouvelles sur-
» faces fussent en contact mutuel ? comment s'assurer du rétablis-
» sement des rapports naturels entre les fragments ? comment les
» maintenir coaptés, etc. ? Mais un doute plus important se pré-
» sente. Comment le petit fragment d'une pareille fracture aurait-
» il pu subsister ? Que l'on remarque que, par la conversion qu'il
» a éprouvée, son bord antérieur est devenu interne ou même pos-
» térieur, et *vice versâ*. Cette transposition avait dû détruire toute
» espèce de liaison entre cette pièce et le reste de l'humérus ; et,
» en effet, il ne restait que quelques petits lambeaux du périoste,
» qui subsistaient dans le point où les deux fragments se touchaient
» encore ; les insertions musculaires appartenaient toutes au grand
» fragment, et le petit se trouvait complétement isolé. Il est indu-
» bitable que cette pièce osseuse aurait péri, et que le corps étran-
» ger qu'elle aurait constitué n'aurait pu manquer de causer une
» inflammation des plus étendues et tout à la fois des plus dange-
» reuses, à cause de l'état de l'articulation. »

D'après cette doctrine, Delpech propose un peu plus loin d'extraire la tête de l'humérus luxée au moyen d'une incision pratiquée sur elle.

Je ne puis partager l'opinion du célèbre chirurgien de Montpellier sur la nécrose imminente du fragment déplacé et sur la nécessité de l'extraire, car deux des faits que j'ai rapportés plus haut militent contre elle. Ne voyons-nous pas en effet dans l'observation d'Astley Cooper la pièce osseuse luxée, loin de se nécroser, contracter des adhérences avec le scapulum, et, dans la mienne, rester cinq mois au milieu des parties molles de l'aisselle sans en déterminer l'inflammation suppurative ? Et sans doute elle y serait restée encore plus longtemps, car elle tenait au scapulum par quelques lambeaux de la capsule. D'ailleurs, ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue dans les fractures intra-capsulaires du col du fémur ? N'a-t-on pas vu quelquefois dans ces fractures la tête de l'os, privée de son ligament rond, rester dans la cavité cotyloïde sans s'y nécroser, quoiqu'elle fût éloignée du fragment inférieur ? Je rejette donc l'opération de Delpech, qui me semble grave en ce qu'elle tend à donner à une fracture déjà compliquée de luxation

la complication la plus redoutable en pareil cas, celle d'une plaie ; mais je partage complétement son avis sur l'impossibilité de la réduction. Et, pour mon compte, si j'avais de nouveau à traiter une semblable lésion, je ferais par principe ce que j'ai fait et ce qui se fera peut-être toujours par nécessité : j'abandonnerais la tête luxée à elle-même, je la laisserais se souder à l'os le plus voisin ou s'enkyster au milieu des parties molles, et je faciliterais par tous les moyens l'établissement d'une fausse articulation entre ce qui reste de l'os et de la cavité glénoïde.

En agissant ainsi, je crois avoir été plus utile à mon malade que si j'avais tenté chez lui une réduction qui n'offre qu'incertitude et dangers.

M. Maisonneuve. Tout en admettant la justesse de certaines objections de M. Lenoir, je ne puis m'empêcher de dire que son raisonnement pèche par la base. Oui, il y a quelques années, on aurait pu parler ainsi lorsqu'on était privé des agents anesthésiques, et qu'on ne pouvait examiner un malade affecté de luxation qu'en causant des douleurs intolérables. Actuellement qu'il est facile de plonger les malades dans un état d'insensibilité complète, il n'y a pas de point si petit que le chirurgien ne puisse explorer; de cette manière on peut arriver au diagnostic le plus minutieux : ce qui était impossible autrefois a cessé de l'être. Il en est de même pour obtenir la réduction des luxations récentes ou anciennes, et c'est là un point tout nouveau dans l'histoire de la chirurgie. Depuis que nous employons le chloroforme, j'ai vu bon nombre de luxations, et jamais je n'ai éprouvé la moindre difficulté dans la réduction. J'ajouterai qu'il y a un autre avantage bien grand dans l'emploi des anesthésiques, c'est qu'on n'a plus de fractures à redouter, comme cela est arrivé à des chirurgiens d'une grande habileté. On réduit les luxations avec le doigt, presque en jouant. Ce fait est surtout remarquable pour les luxations coxo-fémorales. Je crois donc que M. Richet a parfaitement raison en conseillant de reconnaître les luxations compliquées de fracture et de chercher à les réduire, et je ne partage pas l'opinion de M. Lenoir, qui combat ces idées avec des raisons qui pouvaient avoir cours avant l'emploi des agents anesthésiques.

M. Roux. Bien que jamais l'occasion ne se soit présentée dans ma pratique d'observer un cas analogue, je demanderai à dire

quelques mots dans le but d'éclaircir la question. J'aurais désiré que M. Lenoir eût donné quelques détails sur le mécanisme de la lésion. La luxation est-elle consécutive ou antérieure à la fracture? Y a-t-il eu au contraire simultanéité dans la lésion? ce que j'ai peine à admettre; c'est là un point qu'il faudrait éclaircir. Quant à la conduite du chirurgien dans des circonstances semblables, mon avis est que si la luxation est récente, il faut la réduire.

M. Larrey, devant, à cause de l'heure avancée, réduire à la question du chloroforme ce qu'il se proposait de dire sur l'ensemble de la discussion, fait seulement la remarque suivante : Si M. Lenoir, d'une part, n'a peut-être pas assez tenu compte de l'emploi des anesthésiques dans les cas de fracture et de luxation simultanées, en se privant ainsi de la plus puissante ressource pour essayer de réduire la luxation avant de consolider la fracture; M. Maisonneuve, d'autre part, semble avoir exagéré les avantages du chloroforme dans les cas de ce genre. Ne doit-on pas supposer, en effet, que la cause contondante assez forte pour luxer et fracturer en même temps un membre est assez puissante pour déterminer l'attrition des muscles et paralyser momentanément au moins et en partie leur action contractile; de telle sorte que l'emploi des anesthésiques ne soit plus aussi nécessaire.

M. Larrey cite à l'appui de cette remarque un fait observé par lui au Val-de-Grâce vers le commencement de l'année. Un soldat de cavalerie avait fait une chute de cheval au milieu d'une manœuvre. Son coude gauche avait supporté toute la violence du choc contre le sol, et même un certain degré d'écrasement par l'un des pieds du cheval. Une luxation du cubitus en arrière paraissait compliquée d'une fracture partielle de l'articulation, et cependant la réduction de la luxation fut aussi prompte que facile sans l'emploi du chloroforme, et par le fait seul de l'attrition, de la paralysie et de l'insensibilité des muscles. Un bandage inamovible compléta la consolidation sans accidents consécutifs.

M. Huguier. Lorsque j'étais prosecteur, j'ai eu occasion d'examiner une pièce analogue à celle dont nous parlait M. Lenoir. C'était chez une femme âgée atteinte d'un squirrhe du sein. Au premier abord je crus que l'engorgement qui existait dans l'aisselle était consécutif; mais en continuant la dissection je constatai que la tête de l'humérus était séparée de l'os et placée entre le sous-

scapulaire et le grand dentelé ; elle adhérait à l'os, et se trouvait à nu dans le creux de l'aisselle. Comme il n'y avait pas d'ankylose, il est probable que la malade se servait de son membre. Nul doute que la vitalité n'ait été conservée dans la tête de l'humérus, puisqu'elle adhérait.

M. Gerdy. Le point essentiel, c'est de tâcher de ramener autant que possible l'articulation à sa forme primitive ; et lorsqu'on éprouve peu de peine, faire rentrer la tête de l'os dans la cavité articulaire. Maintenant, je crois qu'il n'y a aucun avantage à placer un corps étranger entre deux os. Cette manière d'agir peut déterminer des accidents ; comment d'ailleurs être certain qu'on est arrivé à la coaptation des fragments ?

Je crois aussi qu'il ne faut pas abuser du chloroforme ; on revient à l'usage de l'éther, et je pourrais citer des praticiens habiles qui, après avoir employé des agents anesthésiqués avec trop de hardiesse, sont actuellement tombés dans l'excès contraire. Quant à chercher à extraire la portion mobile de l'os, malgré tous les inconvénients qui peuvent résulter de sa présence, je crois que son extraction est tellement dangereuse qu'il faut y renoncer, et je partage entièrement l'avis de M. Lenoir.

Il est enfin un point sur lequel je voudrais fixer l'attention de la Société, c'est sur la difficulté de ne pas confondre le col chirurgical avec le col anatomique. Pour éviter cette confusion, j'ai proposé d'employer ces mots : col et collet.

M. Maisonneuve. On s'est beaucoup exagéré les inconvénients qu'il y a de prolonger l'emploi des anesthésiques. Très souvent il m'est arrivé de les employer deux, trois heures et au delà, sans qu'il soit survenu le moindre accident.

Quant à pratiquer l'extraction de la tête de l'os, ou à chercher à la réduire en opérant des tractions sur le membre, voici quelle est mon opinion. Ou la tête de l'os a encore conservé quelques adhérences, et alors elle est susceptible de vivre. Comme il faut mettre toutes les chances en faveur du malade, il faut chercher autant que possible à favoriser sa coaptation, sa soudure.

M. Lenoir. Je ne veux pas méconnaître les avantages que l'on peut tirer des anesthésiques ; mais ils ne peuvent ici rendre que peu de services. Il ne faut pas en effet perdre de vue que dans ces fractures compliquées qui résultent de causes violentes les désor-

dres sont plus grands que dans les fractures simples; que l'épanchement sanguin et le gonflement sont si considérables, qu'il y a bien peu de chances de reconnaître la présence des fragments, et qu'enfin les anesthésiques ne peuvent lever que les difficultés qui naissent de la contraction des muscles.

M. Gosselin. La commission croit avoir insisté dans son rapport sur la difficulté du diagnostic, peut-être eût-elle plus insisté si elle avait eu à consulter un plus grand nombre de faits; mais ces cas sont très rares.

L'emploi du chloroforme, comme l'a fait observer M. Maisonneuve, a apporté de grandes modifications dans le traitement des luxations; aussi la commission a-t-elle cru devoir faire ses réserves. Ainsi il y a des cas où le chirurgien doit s'abstenir de les employer : quand le malade est dans la stupeur ou dans la syncope, car alors la réduction est facile.

Quant à dire si on doit chercher à réduire ou extirper le fragment, comme on n'est jamais sûr que le fragment se nécrosera, il faut suivre les indications.

M. Denonvilliers. Je crois que M. Richet a trop diminué les avantages qu'on peut obtenir du bras du levier; il serait convenable que le rapport en fît mention.

M. Forget. Dans son mémoire, M. Richet a donné trois ordres de preuves en faveur de la méthode : l'induction, la pratique et les expériences sur le cadavre. C'est sur ce dernier point que j'aurais désiré que la commission donnât son avis. Il y a là une lacune que j'aurais voulu voir combler. Puisqu'il a été question de la fracture du col du fémur compliquée de luxation, j'aurais désiré savoir si cette lésion a été bien constatée sur le vivant. J'aurais également désiré qu'il fût fait mention des recherches de M. Malgaigne; car elles auraient pu nous donner une idée de la rareté de ces lésions. En effet, sur 2,350 cas de fractures dont il a donné le relevé, on ne compte pas une seule fracture du col du fémur compliquée de luxation, et on ne trouve que deux cas de fracture du col de l'humérus avec luxation. Enfin, tout en rendant justice à M. Richet sur son intéressant travail, je crois qu'il n'est pas le seul qui ait parlé des avantages des anesthésiques dans ces fractures compliquées. M. Nélaton et plusieurs autres chirurgiens l'ont conseillé; je pourrais même me citer.

M. Giraldès. Je regrette que M. Richet se soit servi de la statistique de M. Malgaigne; car elle a été faite avec de mauvais documents. La science possède d'autres cas de luxations compliquées de fracture.

Je ne pense pas, comme l'a dit notre honorable collègue M. Richet, que la réduction de la tête de l'os n'est difficile que parce que l'ouverture de la capsule par laquelle elle s'est échappée est étroite. Loin de là, presque toujours il y a une large déchirure de la capsule.

**Correspondance.**

M. le docteur Bouisson, professeur de clinique externe à Montpellier, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse à la Société un mémoire inédit sur les hémorrhagies périodiques, et son *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique.*

M. Desormeaux, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, écrit pour obtenir le titre de membre titulaire. A l'appui de sa candidature, il adresse un mémoire inédit sur la luxation incomplète du tibia en avant.

M. Maisonneuve fait hommage de son *Traité pratique des maladies vénériennes.*

M. le professeur Mayor (de Genève), associé étranger, adresse à la Société une lettre de remercîments.

Cette lettre sera déposée aux archives.

**Luxation de l'humérus avec arrachement de la grosse tubérosité. Conséquences de la position dans le traitement.**

M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique sur laquelle on remarque une luxation récente de la tête de l'humérus en arrière.

Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie est un carrier qui, en tombant d'une hauteur de 30 pieds environ, s'était, entre autres lésions, luxé l'épaule en arrière. La luxation avait été reconnue sur le vivant et réduite sans difficultés notables. D'autres lésions graves du côté du cerveau et de la poitrine ayant, au bout de quelques heures, amené la mort du malade, il a été possible d'observer la luxation libre encore de tout travail réparateur.

La tête de l'humérus, sortie de la cavité glénoïde, repose par sa partie interne sur la face postérieure du col de l'omoplate, immédiatement au-dessous de l'apophyse acromiale; la capsule fibreuse de l'articulation est déchirée dans sa partie supérieure, externe et postérieure. La grosse extrémité de l'humérus, entièrement arrachée, est restée adhérente aux tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, et est entraînée par eux au-dessous de la voûte acromio-claviculaire. Les muscles petit-rond et præ-scapulaire ont conservé leur insertion humérale. Le tendon de la longue portion du biceps a déchiré la gaîne fibreuse qui le retient dans sa coulisse; le nerf circonflexe est intact, ainsi que le deltoïde.

Un fait curieux, dit M. Maisonneuve, ressort d'une manière patente de l'examen de cette pièce, c'est que si l'on réduit la luxation et qu'on laisse le bras appliqué contre le tronc, la grosse tubérosité de l'humérus, entraînée par les muscles qui s'y insèrent, reste éloignée de plus de 3 centimètres de son point d'arrachement, tandis que le contact parfait des fragments est obtenu si l'on place le membre dans l'élévation à angle droit.

En réfléchissant à ce fait, dit M. Maisonneuve, il me paraît possible d'en tirer des conséquences pratiques de la plus haute importance pour l'histoire et le traitement de certaines luxations de l'épaule. Il n'est aucun de nous, en effet, qui, dans le cours de sa pratique, n'ait eu l'occasion d'observer des luxations scapulo-humérales qui, réduites et traitées suivant les règles de l'art, n'en ont pas moins entraîné une perte plus ou moins complète des mouvements du membre. On a cherché l'explication de cet accident dans la paralysie du deltoïde, dans le développement d'une arthrite consécutive, etc.

Or, en rapprochant le fait que nous avons sous les yeux de plusieurs autres que nous avons déjà eu l'occasion de voir dans cette enceinte et d'un grand nombre que chacun de nous a certainement vus dans sa pratique, je crois qu'il est bien plus exact d'attribuer l'impotence du membre après certaines luxations de l'humérus à l'arrachement de la grosse tubérosité. En effet, outre que cet arrachement prive l'articulation de l'action si importante des muscles sus-épineux et sous-épineux, il doit donner lieu à la formation de stalactites osseuses, irrégulières, qui opposent un obstacle mécanique au mouvement d'élévation du membre.

Cette explication n'est point une hypothèse; il m'a été donné de constater le fait plusieurs fois, entre autres chez un homme qui s'était luxé les deux bras et qui, à la suite de cette double luxation, eut une fausse ankylose des deux articulations scapulo-humérales, bien que la réduction eût été opérée et que le traitement consécutif eût été dirigé suivant toutes les règles.

Jusqu'à présent je ne sache pas que personne ait donné des préceptes efficaces pour prévenir un tel malheur.

En examinant avec attention la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen, je crois que l'on peut en déduire des règles thérapeutiques nouvelles.

Vous pouvez voir que, si, cette luxation étant réduite, on laisse le bras appliqué contre le tronc, les fragments se trouvent dans le plus grand écartement possible, et que par conséquent toutes les conséquences désastreuses dont je viens de parler devront survenir inévitablement, tandis que si le bras est maintenu dans l'élévation à angle droit, les surfaces de la fracture se trouvent dans un contact parfait, qu'elles se consolideront d'une manière correcte, et que plus tard il deviendra possible d'abaisser graduellement le bras et de rendre à l'articulation tous ses mouvements.

Je crois donc qu'il conviendrait de poser le précepte que, dans la luxation scapulo-humérale où l'on soupçonnerait l'existence de l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, le bras devrait être après la réduction maintenu, non plus appliqué contre le tronc, comme on le fait toujours, mais dans un état d'élévation forcée, ou tout au moins dans une position telle qu'il fît avec le tronc *un angle droit.*

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 27 *octobre* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

M. le professeur Sédillot et M. le docteur Michel, chef des travaux anatomiques à Strasbourg, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté après quelques modifications demandées par MM. Giraldès, Huguier, Forget, Larrey et Boinet.

— M. Morel-Lavallée a la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

Je n'ai pas eu l'avantage d'entendre la lecture de M. Richet, mais j'ai appris qu'il n'avait pas cité ma thèse : il était parfaitement dans son droit, à la condition cependant de ne pas dire que son sujet était neuf, car il me met dans l'obligation de lui rappeler que que j'y ai consacré une grande partie d'une thèse dont il était un des argumentateurs au dernier concours. C'est un oubli que M. Richet regrettera avec moi, j'en ai la conviction.

Une indisposition me tenait également éloigné de la séance où a été discuté le rapport de M. Gosselin. M. Gosselin a dit à peine un mot de ma thèse, et ce mot est une critique. Sans vouloir rouvrir une discussion à laquelle je n'ai pu prendre part, je me dois à moi-même une courte réclamation.

Je ne répondrai pas à la critique de M. Gosselin ; c'est un soin dont il s'est chargé lui-même. La voici : « M. Morel-Lavallée n'a pas de confiance, c'est M. le rapporteur qui parle, dans la pression directe, car il prévoit qu'elle peut échouer, et il propose dans ce cas d'autres moyens. »

Puis, un peu plus loin, M. Gosselin craint comme moi des insuccès, et pour ne pas amoindrir le procédé qu'il préconise : Quel est donc, ajoute-t-il, le moyen qui réussit toujours ? Et il indique ceux que j'avais indiqués moi-même. Ce n'était pas la peine de blâmer mon opinion pour l'adopter soi-même quelques lignes plus bas.

Ce qui m'a touché davantage, c'est le peu de compte que M. Gosselin a tenu de mon travail, surtout quand j'ai vu dans son rapport les mêmes faits, sauf un seul peut-être, qui m'avaient coûté beaucoup de recherches, le même fond, les mêmes conclusions. J'ai été surpris de cette manière peu équitable qui est échappée à M. Gosselin, et qui n'était certainement pas dans l'intention d'un collègue dont tout le monde connaît la loyauté.

M. Gosselin. Il n'a jamais été dans l'intention de la commission de faire en aucune manière la critique de la thèse de notre honorable collègue ; seulement il résulte des recherches bibliographiques qui ont été faites que le procédé de M. Richet avait déjà été employé avant qu'il en fît mention.

Seulement la commission a cru devoir faire ressortir que le tra-

vail de M. Richet était important, parce qu'il avait attiré l'attention des chirurgiens sur un point jusqu'alors peu étudié.

M. Morel-Lavallée. J'en appelle à la comparaison du rapport de M. Gosselin et de mon travail; elle montrera jusqu'à quel point ma réclamation était fondée.

M. Gosselin. Je crois, comme vient de le dire M. Morel-Lavallée, que chacun pourra juger la valeur de l'objection en lisant les deux travaux.

**Correspondance.**

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de remerciments de M. le professeur Arendt, de Saint-Pétersbourg. Cette lettre sera déposée aux archives.

Ouvrages offerts à la Société par M. Danyau :

*Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge;*

*A report of the practice of midwifery at the Wesminster general dispensary*, During 1818, by Aug. Bozzi Granville;

*Cursus der pratischen geburtshülfe*, von docteur Ed. Lumpe.

Envoyés à la Société :

*Vierteljahrsehrift für die prahtische Heilkunde*, IX Jahrgang 1852, vierter Band. Prag.

— M. Désormeaux lit un mémoire sur la luxation incomplète du tibia en avant.

MM. Larrey, Demarquay et Richet sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

**Rapport sur le travail envoyé à la Société de chirurgie par M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, pour obtenir le titre de membre correspondant.**

(Commissaires : MM. P. Guersant, rapporteur, Larrey, Morel-Lavallée.

Messieurs, le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, nous a adressé un travail pour obtenir le titre de membre correspondant de la Société; vous nous avez chargés, M. Larrey, M. Morel-Lavallée et moi, de vous en rendre compte.

Ce travail consiste dans une seule observation fort intéressante de trachéotomie dans un cas de laryngite striduleuse; cette opéra-

tion fut suivie de succès, et M. le docteur Chapel, qui l'a pratiquée, accompagne cette observation de réflexions très pratiques et fait des remarques très judicieuses, mais qu'on peut discuter. Permettez-moi, messieurs, de vous résumer d'abord le fait.

Une petite fille de trois ans et demi, habituellement bien portante, fut prise tout à coup de spasmes le 24 septembre 1851 en mangeant une pomme cuite; la respiration devint sifflante, la toux rauque, enrouée, sèche et fréquente; le pouls donnait 120 à 130 pulsations. L'enfant ne souffrait pas de la gorge, n'y portait pas la main et dans les accès de dyspnée la figure ne rougissait pas sensiblement, les lèvres ne bleuissaient pas, la face était couverte de sueur; après l'accès, la respiration redevenait libre, mais sifflante, et la fréquence augmentait quand l'enfant s'endormait; il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires engorgés. Le traitement a consisté en application de sangsues au cou, cataplasmes sinapisés aux jambes, frictions mercurielles au cou, lavements purgatifs, vomitifs, vésicatoire sur le sternum. Malgré ces moyens, persistance des symptômes avec calme dans la matinée après une nuit très orageuse.

Le 28 septembre, la respiration est fréquente, sifflante; il n'y a pas d'aphonie, il n'y a pas de fausses membranes : M. le docteur Chapel prescrit le traitement de Miquel par l'alun et le calomel. L'état ne change pas, l'asphyxie devient imminente. D'autres confrères réunis à M. Chapel furent d'avis de la trachéotomie; elle fut faite; on n'obtint ni fausses membranes ni corps étrangers; l'enfant guérit; on retira la canule le huitième jour. Vingt-quatre jours après, ayant eu froid dans une chambre humide, cette enfant fut prise de toux grasse et tout à coup le soir d'une suffocation extrême, qui céda à un vomitif qui fut répété jusqu'à trois fois à trois jours d'intervalle.

Enfin, l'enfant se rétablit complétement et depuis n'a rien éprouvé de particulier.

Notre confrère M. le docteur Chapel fait précéder et suivre cette observation des réflexions suivantes.

Il s'étonne d'abord que les médecins contemporains, et principalement mon père, n'aient pas fixé assez l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est très facile de confondre, c'est-à-dire l'angine laryngée pseudo-membraneuse et l'angine

laryngée striduleuse sans fausses membranes. Je ferai d'abord remarquer que M. Chapel fait erreur dans cette circonstance et qu'au contraire dans la première et dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine* mon père a cherché minutieusement à faire connaître les signes différentiels de ces deux affections dans son article *Croup*. Il a même fait remarquer que la laryngite striduleuse était ce qui avait été décrit sous le nom d'asthme de Miller; et, si on fait attention aux signes observés chez la petite malade qui fait le sujet de l'observation de M. Chapel, on trouve tous les symptômes qui caractérisent l'angine striduleuse spasmodique indiquée déjà par mon père dès 1823 et plus détaillée encore en 1835 dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine*.

M. Chapel cherche ensuite à prouver par voie d'élimination des symptômes que la petite malade n'avait pas un corps étranger dans le larynx, et il le prouve suffisamment; mais si le corps étranger n'est pas resté longtemps dans le larynx, on pourrait bien penser qu'il y a déterminé une irritation et par suite une angine striduleuse spasmodique; en effet, il ne faut pas perdre de vue que les accidents se sont développés brusquement, lorsque l'enfant mangeait une pomme. Nous pouvons d'ailleurs citer deux observations dans lesquelles des corps étrangers introduits momentanément dans le larynx ont produit des angines striduleuses spasmodiques. Ainsi mon père dit dans son article qu'il a vu survenir cette maladie chez un enfant qui, en mangeant, avait avalé une arête qui avait simplement éraillé la glotte à son passage; la maladie dura cinq jours. J'ai vu moi-même avec M. le docteur Gubler, médecin des hôpitaux, une petite fille de cinq ans qui avait avalé un morceau de bois provenant d'un couvercle d'une boîte; elle fut prise tout à coup de suffocation; elle dit elle-même à sa mère ce qui venait d'arriver. Un médecin fut appelé, la fit vomir et les accidents persistèrent; il y avait des accès de suffocation, et dans les intervalles la respiration était sifflante. L'enfant, qui était dans les environs de Paris, fut amenée chez M. Durosier, pharmacien à la place Saint-Michel; M. le docteur Gubler fut appelé, et lui-même me fit demander, pensant qu'il faudrait peut-être faire la trachéotomie.

Je vis l'enfant le 24 juin à neuf heures du soir; elle avait avalé le corps étranger le 22 juin; je la trouvai dans l'état suivant : voix rauque, mais non éteinte; râles bruyants dans la poitrine, respi-

ration fréquente, bruyante, lèvres pâles; pas d'asphyxie imminente; pouls fréquent; point de mouvement de grelot dans la trachée. Je pense, comme M. Gubler, à l'existence d'un corps étranger; mais ne serait-il pas alors engagé dans une bronche? Nous croyons d'abord entendre la respiration moins d'un côté que de l'autre, mais cela n'est pas évident; nous plaçons la malade la tête en bas, les pieds en l'air; je lui comprime le larynx pour la faire tousser; elle ne rend rien, et, après avoir tenu l'enfant à peu près deux minutes dans cette position, nous la relevons; tous les accidents avaient cessé, et la nuit et les jours suivants elle n'avait pas autre chose qu'un peu de toux sans fièvre.

Le 18 juillet, vingt jours après notre visite, la petite fille fut prise tout à coup d'une suffocation, mais qui n'eut pas de suite, la face devint violacée; elle eut quelques mouvements convulsifs; elle disait qu'elle étouffait, et que cela la piquait au cou; elle crachait un peu de sang, et tous les symptômes cessèrent pour ne plus revenir.

Il y a aujourd'hui trois mois de l'accident, l'enfant est gaie et bien portante, et n'a plus aucun mal.

Il pourrait donc bien se faire que dans le cas rapporté par M. Chapel une petite portion de l'endocarpe de la pomme, qui, comme on le sait, est assez ferme et résistant, introduit plus ou moins longtemps dans le larynx, ait déterminé chez cette petite fille l'angine striduleuse, comme cette maladie a été produite chez l'enfant qu'avait vu mon père, et chez celui que j'ai vu moi-même avec M. Gubler; ces trois observations pourraient peut-être faire admettre une variété d'angine striduleuse traumatique sur laquelle on n'a pas fixé encore l'attention.

M. Chapel dit aussi qu'il ne pouvait pas y avoir d'œdème du larynx, parce que les symptômes fournis par cette maladie ne s'observent pas; mais cependant une infiltration légère du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx pourrait bien exister avec les symptômes observés chez le sujet de cette observation, sans qu'il fût très facile de le constater. C'était l'opinion de M. Gubler pour la petite malade que nous avons vue ensemble. Enfin M. Chapel termine ses remarques en disant que sa malade était affectée d'une de ces angines striduleuses spasmodiques pour lesquelles on a rarement occasion d'être forcé de pratiquer la trachéotomie. Cette opé-

ration a certainement été pratiquée dans des circonstances semblables par plusieurs opérateurs, qui devaient en agir ainsi à cause de la suffocation extrême où se trouvaient les malades. Aussi nous approuvons l'opération qu'a pratiquée notre confrère. Il y avait urgence, sa malade allait expirer. Mais si on a fait à la fin ce qu'on devait faire, a-t-on fait ce qu'on devait au début de la maladie? Je ne le pense pas, et je crois qu'avec une médecine plus rationnelle on aurait guéri la malade sans l'opérer. En effet, si on avait bien reconnu dès le début de la maladie que l'enfant n'était point atteinte d'une laryngite pseudo-membraneuse, mais bien d'une laryngite striduleuse spasmodique bien caractérisée : 1° par le début brusque des accidents; 2° par l'absence de fausses membranes; 3° par l'absence d'aphonie; 4° par la périodicité des accès, on aurait évité un traitement très nuisible contre lequel mon père et d'autres se sont élevés lorsqu'il s'agit de laryngite striduleuse, on aurait évité les sangsues, les vomitifs, les mercuriaux, les vésicatoires, qui ont tous contribué à exaspérer les symptômes nerveux; on aurait suivi avec avantage les préceptes donnés par Miller, qui vantait dans ces cas l'*assa fœtida*, ou bien tous les autres antispasmodiques, comme mon père les conseillait dans ce genre de laryngite.

Nous terminerons en disant que nous adoptons les conclusions du travail de M. le docteur Chapel. En effet, il conclut d'après son observation :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse n'est pas toujours une affection légère;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chances de succès, que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier.

La commission dont je suis le rapporteur reconnaît que l'observation de M. le docteur Chapel est fort intéressante sous tous les rapports, qu'elle est suivie de réflexions très justes et qui dénotent un excellent esprit. Elle ajoute aussi que M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, a fait dans les journaux de médecine plusieurs publications, qui toutes ont une valeur pratique véritable, dont la liste est jointe à son travail.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à la Société :

1° Que le travail de M. le docteur Chapel soit inséré dans les bulletins ;

2° Qu'il soit nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions de la commission ayant été mises aux voix et adoptées à l'unanimité, M. le docteur Chapel est nommé membre correspondant.

### Opération de trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas de laryngite spasmodique.

La distinction des maladies du larynx pendant les premières années de l'enfance est dans beaucoup de cas d'une grande difficulté : aussi signale-t-on les erreurs dans lesquelles sont tombés les meilleurs observateurs. Les travaux de Surine, de Vieussens et principalement de Wichmann, etc., ne firent pas disparaître complétement la confusion qui régnait dans la science au commencement du siècle entre le croup et la laryngite spasmodique. Il appartenait aux médecins contemporains, et principalement à Guersant, de fixer davantage l'attention sur le diagnostic différentiel de deux maladies qu'il est impossible quelquefois de ne pas confondre quand on n'est pas assez heureux pour en suivre la marche. L'observation suivante, qui m'a paru une nouvelle preuve de cette difficulté, m'a laissé dans le doute jusqu'après l'opération, que je pratiquai comme dernière ressource.

Le 28 septembre 1852, M. de M... vint me prier de voir son enfant, qui n'avait été visitée, me dit-il, que par un médecin voisin qu'il avait fait appeler dès le début de la maladie. Il me rappela qu'il avait déjà pris mon avis pour cette même enfant, qui portait des abcès thoraciques, que je fis disparaître en instituant un traitement général.

Cette petite fille est âgée de trois ans et demi, jouissant d'une santé parfaite depuis l'âge de dix-huit mois.

Le 24 septembre, à l'occasion d'une contrariété qui l'avait vivement impressionnée, elle est prise de symptômes tels que le médecin demandé n'hésita pas à dire aux parents que leur enfant était affectée du croup. Cette enfant mangeait une pomme cuite au moment où elle fut prise de spasmes. La peau n'était pas chaude, mais le pouls était fréquent et ne battait pas moins de 120 à 130 fois par minute. La respiration était sifflante, et la toux, qui était rauque, enrouée, sèche, était aussi fréquente. L'enfant n'avait pas perdu l'appétit; elle ne souffrait pas à la gorge, n'y portait jamais la main, et, lorsqu'un abcès de dyspnée arrivait, la figure ne rougissait pas sensiblement, les lèvres ne bleuissaient pas; seulement la face était couverte de sueurs. L'accès terminé, la respiration continuait à être sifflante; point de ganglions sous-maxillaires engorgés, point de difficultés dans la déglutition. La respiration semblait devenir plus fréquente et plus sifflante aussitôt que l'enfant s'endormait.

On fit poser des sangsues au-devant du cou, appliquer des cataplasmes sinapisés aux jambes, faire des frictions mercurielles et administrer un lavement purgatif. Aussitôt après la chute des sangsues, on fit vomir l'enfant avec l'émétique; enfin, un vésicatoire fut appliqué sur le sternum.

Malgré l'emploi de nouveaux vomitifs, les mêmes symptômes n'en persistèrent pas moins pendant les trois jours suivants, avec cette particularité que l'enfant devenait calme dans la matinée après une nuit des plus orageuses qui faisait craindre que l'enfant ne succombât.

Les choses en étaient là quand j'examinai l'enfant, le 28 septembre dans l'après-midi.

La petite malade est assise dans son lit; la figure est calme, le teint coloré; la respiration, égale, sifflante, aussi difficile dans l'inspiration que dans l'expiration, compte 44 inspirations par minute.

La peau est chaude, sudorale; pouls à 130, régulier et médiocrement développé. La voix est aiguë, claire, entrecoupée par la rapidité de la respiration. A l'auscultation, je ne reconnais aucun symptôme qui puisse me faire croire à une complication dans la poitrine ou à la présence d'un corps étranger dans le larynx ou la trachée. Il n'y a pas de douleurs au-devant du cou, soit spontanées, soit par la pression; point d'engorgements autour de cette région. La langue est rosée, humide; la gorge, examinée avec soin avec une cuiller ou le doigt, ne présente aucune trace de maladie. L'enfant demande à manger pendant ma visite.

De quelle nature était la maladie que j'avais à traiter? Dans mon indécision, et croyant qu'il était prudent d'instituer un traitement pour combattre la maladie la plus grave, je conseillai de soumettre la malade au traitement de M. le docteur Mirante, et de lui faire prendre des paquets de calomel et d'alun, révulsifs, etc.

La nuit fut aussi mauvaise que les précédentes, ce qui engagea le père à m'écrire de venir au plus vite rendre la respiration à sa petite fille, qui avait été sur le point d'étouffer plusieurs fois. A cause de la distance qu'il y avait à parcourir pour me rendre auprès de la malade, je ne pus la voir que dans l'après-midi. Je la trouvai sensiblement dans le même état que la veille. M. le docteur Brault et M. Paris, médecin ordinaire, voulurent bien m'aider de leurs conseils. Nous convînmes ensemble qu'il fallait continuer le même traitement, qui serait surveillé par M. Paris.

J'appris alors que deux médecins qui avaient été consultés avaient émis l'opinion que l'enfant de M. de M... était affectée du croup, qui d'ailleurs avait causé une grande mortalité dans les environs.

Le lendemain je ne vis pas la malade, et j'appris que la nuit avait été un peu moins mauvaise; mais vers le soir la position s'aggrava, et les accès de suffocation furent tels

dans la nuit, que le père crut plusieurs fois tenir un cadavre dans ses bras.

Le 1er octobre, sollicité par mes confrères, et moi-même craignant de voir arriver la mort par suffocation, après avoir encore une fois examiné l'enfant, et lorsque j'eus la certitude que rien ne contre-indiquait l'opération de la trachéotomie, je fis disposer tout ce qui était nécessaire, et, procédant à l'opération avec lenteur, j'arrivai sur la trachée, que j'ouvris largement et avec toutes les précautions d'usage. Au moment où j'allais mettre l'enfant sur son séant, elle fut prise d'une telle suffocation occasionnée par l'entrée de quelques gouttes de sang dans la trachée, que je craignis un moment de voir la vie s'éteindre. Peu à peu la respiration se régularisa, et j'essayai d'introduire la canule, qui occasionna de nouveau un accès de dyspnée qui me força de la retirer au plus vite. Ce ne fut que trente-cinq ou quarante minutes après l'opération que je parvins à fixer définitivement la canule et que je fis porter l'enfant dans son lit.

La muqueuse de la trachée, examinée par mes confrères et moi, ne présentait aucune trace de phlogose ni de fausses membranes. Malgré les efforts de la petite malade et des recherches convenables, nous ne pûmes découvrir aucun corps étranger. Je ne fus pas plus heureux dans des recherches que je fis les jours suivants, ainsi qu'un de mes confrères, qui voulut bien m'aider dans mes investigations. La respiration se faisait alors avec la plus grande facilité, et il n'y avait aucune douleur.

Le lendemain, j'appris que pour la première fois depuis six jours la nuit avait été calme, et que l'enfant avait pu jouir d'un bon sommeil. Les mucosités n'embarrassant plus la canule et la respiration se faisant bien, je ne changeai rien. La peau est chaude; le pouls bat 130 à 140 fois à la minute; la figure est calme; l'enfant ne souffre pas; elle n'a voulu rien prendre. L'auscultation ne présente rien de particulier. — Lavement; bouillon.

Le 3, la nuit a été très tranquille; l'enfant a dormi à plusieurs reprises d'un bon sommeil. Elle a fait signe qu'elle mangerait bien. La peau est moins chaude. Après avoir nettoyé la canule l'enfant est portée dans son lit; elle respire avec la plus grande facilité et ne souffre pas. — Soupe; bouillon de poulet; lavement.

Le 4, à mon arrivée, l'enfant dort d'un sommeil fort calme. Le pouls bat 100 fois à la minute, la respiration marquant de 24 à 28 inspirations. Bonne chaleur de la peau. La respiration se fait bien dans toute l'étendue de la poitrine. Les nuits continuent à être tranquilles. L'enfant a pris avec plaisir ce que j'avais accordé. — Même alimentation; lavement.

Le 5, la nuit a été aussi bonne que les précédentes. L'enfant a été fort gaie et s'est amusée dans la journée. Il y a eu plusieurs quintes de toux; douleur à la gorge. La trachée ne présente aucune rougeur. La respiration ne peut encore se faire par le larynx. — Augmentation des aliments.

Le 8, ne pouvant revenir le 6 et le 7, j'avais prié le médecin ordinaire de vouloir bien me remplacer et de changer la canule tous les jours. Cet honorable confrère en ayant jugé autrement, je trouvai la canule complétement oblitérée, et la respiration, qui ne pouvait se faire qu'entre les valves de l'instrument, très gênée. La malade avait parlé à voix basse le matin, et se trouvait de mieux en mieux. La toux revenait à des intervalles très éloignés et sans quinte. La canule étant enlevée, je plaçai une compresse épaisse sur l'entrée de la plaie et j'engageai l'enfant à respirer, ce qu'elle fit assez bien. Je supprimai donc la canule en recommandant au père d'aller chercher le médecin s'il survenait le moindre accident.

Le 12, tout s'est passé suivant mes désirs, c'est-à-dire que l'enfant, qui ne porte plus de canule, dort, respire tranquillement, s'amuse comme si elle n'avait pas été malade. De temps en temps survient encore une quinte de toux qui la fait

expectorer des mucosités jaunâtres épaisses, rejet qui rend la respiration plus facile.

Le 13, le père m'apprend qu'il a fait sortir sa fille, qui est on ne peut mieux.

Le 1er novembre, je fus agréablement surpris de voir entrer dans mon cabinet M. de M... avec sa fille. Cette petite a pris froid dans une chambre humide et elle tousse depuis plusieurs jours. J'entends en auscultant des râles sonores dans toute l'étendue de la poitrine. — Vomitif, tisane pectorale, bains de jambes au sel.

Le 2, à huit heures du soir, M. de M... m'envoya chercher en toute hâte pour voir notre petite malade, qui avait été prise d'un accès de suffocation qui faisait craindre qu'elle n'étouffât. Ne pouvant me rendre à la prière de M. de M..., j'envoyai chercher un confrère, qui trouva l'enfant calme quand il arriva. Un vomitif avait été prescrit.

Le lendemain, il n'existait que la bronchite, que je conseillai de traiter par trois vomitifs donnés à trois jours d'intervalle, des révulsifs et une tisane de polygala.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs occasions de voir et d'examiner l'enfant de M. de M..., qui jouit de la meilleure santé. De tous ces accidents, il ne reste aux parents que le souvenir et à l'enfant qu'une cicatrice au-devant du cou.

Remarques. — La question de la nature de la maladie de l'enfant de M. de M... ayant été posée, j'arrivai, après discussion et en procédant par voie d'élimination, à rejeter la possibilité d'un œdème de la glotte, parce que le toucher ne m'avait pas permis de constater l'existence du gonflement des replis arythéno-épiglottiques, que la voix n'était ni éteinte ni même affaiblie, qu'il n'y avait rien dans le rhythme de la respiration qui pût caractériser cette respiration spéciale facile dans l'expiration et difficile dans l'inspiration, et qu'enfin la déglutition se faisait facilement. Si maintenant on veut bien remarquer l'extrême rareté de cette affection chez les enfants, qui n'avait pas été observée une seule fois par

Guersant pendant sa longue et laborieuse carrière médicale, il y aura de fortes raisons de croire que je n'avais pas à combattre un œdème de la glotte.

Pouvait-on admettre avec plus de raison l'hypothèse d'un corps étranger qui se serait introduit dans le larynx? Ce qui pourrait donner quelque créance à cette opinion, c'est le début des symptômes spasmodiques au moment où l'enfant mangeait une pomme cuite, dont un des débris aurait pu pénétrer dans le conduit aérien. Mais l'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin à plusieurs reprises, n'avait fait découvrir dans le bruit respiratoire aucune altération qui pût se rapporter à la sensation que produit un corps étranger dans la trachée. D'autre part, ayant fixé l'attention des parents sur l'impression douloureuse que pourrait ressentir leur enfant au-devant du cou, principalement pendant les accès, cette petite fille, très intelligente, leur a toujours répondu qu'elle n'éprouvait aucune douleur. Pour n'omettre aucune des circonstances qui pouvaient servir à éclairer le diagnostic, j'ai voulu voir l'enfant s'amuser, changer brusquement de position; je l'ai même fait rire et tousser, sans que ces différentes épreuves apportassent aucune modification sensible dans l'état de la respiration.

J'ai noté dans mon observation que l'agitation se manifestait principalement vers le soir, et rendait la nuit tellement pénible, que le médecin ordinaire s'était retiré plusieurs fois croyant qu'il ne retrouverait pas le lendemain sa malade vivante. Cette modification dans les symptômes observés le jour et la nuit peut-elle dépendre de la cause que j'étudie? Je ne connais aucune observation qui puisse répondre affirmativement.

Si le corps étranger avait séjourné au-dessous de l'ouverture pratiquée à la trachée, ou bien il serait sorti, ce qui n'a pas eu lieu, ou bien il eût continué de déterminer les mêmes accidents qu'avant l'opération. Si, au contraire, il se fût arrêté dans le larynx, il pouvait s'y fixer et ne pas reproduire

le douloureux spectacle qui s'était offert avant l'opération de la trachéotomie ; mais l'air, venant de nouveau à passer par l'ouverture de la glotte, renouvelait les mêmes accidents qui s'étaient présentés, et force était de maintenir la canule en place. Enfin l'accès du 2 novembre, qui ne s'est plus reproduit, ne vient-il pas donner une dernière sanction à l'opinion que je soutiens en faveur d'un état spasmodique, et non à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes?

Les symptômes fournis par la voix et la toux pouvaient-ils faire penser qu'il existât,une laryngite pseudo-membraneuse? La voix n'était ni complétement éteinte, ni même enrouée, pas plus que le cri, qui avait conservé son timbre à peu près normal. La toux, pendant tout le cours de la maladie, n'avait pas revêtu ce caractère de sécheresse et de raucité qui figure dans les périodes du croup. Mon observation ne mentionne pas cette angine si caractéristique, et qui sert pour ainsi dire, dans un bon nombre de cas, d'introduction aux fausses membranes dans le larynx, non plus que leur expectoration qui aurait servi si utilement au diagnostic. Les ganglions sous-maxillaires n'étaient point développés, la déglutition était facile, et quoique le pouls fût fréquent, la peau ne présentait pas les caractères de la fièvre.

Se trouvait-il seulement quelque débris de pseudo-membranes dans le larynx, comme cela paraît avoir été observé ? Si le larynx eût présenté cette altération de sécrétion, on eût observé une marche rapide de l'enrouement et de la suffocation. Donc une maladie caractérisée par l'absence de symptômes inflammatoires du côté de la gorge, ayant un début instantané, sans fièvre, sans altération sensible de la voix, présentant des accès qui se répètent toutes les nuits avec une intensité croissante, sans enrouement ni aphonie, ne peut être considérée comme une laryngite pseudo-membraneuse.

Ne faut-il pas faire rentrer maintenant la maladie de notre petite de M... dans la catégorie de ces croups nerveux dans

lesquels on n'a trouvé aucune trace de fausses membranes ni de phlegmasie?

Les observations de Vieussens, de Guersant, de Lobstein, tout en témoignant en faveur de cette manière d'envisager la question, montrent que cette affection ne se présente pas toujours, comme le veulent encore quelques médecins, sous une forme bénigne. La mort par asphyxie, qui a été la terminaison dans plusieurs cas, rares il est vrai, devra éveiller l'attention des observateurs quand les accès se maintiendront au même degré ou augmenteront d'intensité, comme il est arrivé chez l'enfant de M. de M..., et qu'ils dépasseront trois à quatre jours.

Ce sont toutes ces considérations qui me déterminèrent à ouvrir la trachée à une période de la maladie où tout espoir de conserver la vie de cette enfant m'était enlevé, et où m'apparaissait déjà le bien triste avantage de pouvoir fournir, à l'aide de l'anatomie pathologique, quelques renseignements pour servir à démontrer s'il existe un enchifrènement de la glotte, ou si, comme je le pense, l'élément nerveux est l'élément principal, sinon unique.

Ne suis-je pas autorisé à conclure de tout ce qui précède :

1° Que la laryngite spasmodique ou striduleuse simple n'est pas toujours une affection légère ;

2° Que l'opération de la trachéotomie devient une dernière ressource qui offre d'autant plus de chances de succès que l'on n'a pas ici, comme dans le croup, une sécrétion pseudo-membraneuse à modifier?

### Hernie inguinale droite suivie d'un anus contre nature.

M. Sédillot entretient la Société d'un cas de hernie inguinale droite suivie d'un anus contre nature tout à fait anormal. En effet, après l'opération, pratiquée à l'hôpital de Dijon, le malade a présenté quatre ouvertures distinctes et compliquées de renversement de la membrane muqueuse. Deux des bouts de l'intestin ont été réunis à la suite de l'application de l'entérotome, et les selles se

sont rétablies; mais il reste encore aujourd'hui deux ouvertures avec renversement de la muqueuse, sur l'oblitération desquelles M. Sédillot demande l'avis de la Société.

M. Denonvilliers. Un des résultats les plus difficiles à obtenir dans le traitement de l'anus contre nature est, en effet, l'occlusion définitive du cloaque dans lequel aboutissent les deux bouts de l'intestin, et les moyens conseillés jusqu'à présent sont loin d'avoir toujours l'efficacité désirable. Cette difficulté, très réelle dans la plupart des cas même les plus simples, s'augmente encore dans ceux qui présentent, comme le fait que nous a communiqué M. Sédillot, des complications inusitées et des circonstances insolites. Aussi comprendrez-vous parfaitement la sollicitude et l'embarras de notre honorable collègue, embarras qu'il nous est arrivé plus d'une fois déjà d'éprouver, comme lui, en pareille occasion.

Nous n'hésiterons donc pas à lui faire connaître une opération nouvelle et ingénieuse qui n'a pas jusqu'ici reçu toute la publicité qu'elle mérite, et dont nous désirons bien vivement qu'il puisse tirer parti pour la guérison de son malade.

Il y a trois ans environ que cette opération fut pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine ou à l'hôpital Saint-Louis, par M. Nélaton, sur un jeune malade intéressant à d'autres égards, qui portait dans le flanc droit un large anus artificiel, contre lequel avaient échoué jusque-là toutes les tentatives et l'emploi des moyens ordinaires. L'opération consista :

1° A disséquer le cloaque par sa partie externe, en s'avançant à travers la paroi abdominale jusqu'au péritoine, qui fut respecté;

2° A profiter de cette dissection pour fermer l'ouverture en en reployant les bords et en maintenant accolées l'une à l'autre, au moyen de la suture de Gély, les surfaces saignantes;

3° A recouvrir la plaie d'un pont de parties molles emprunté aux téguments voisins, et fixé dans sa position nouvelle par plusieurs points de suture.

L'indication d'une opération de ce genre, pratiquée par M. Malgaigne, se trouvait déjà dans le *Manuel de médecine opératoire* de ce professeur. Entre les deux opérations existe toutefois cette différence, que celle de M. Nélaton comprend un temps de plus, la formation d'un lambeau autoplastique large et bien nourri, destiné à produire l'occlusion immédiate de la plaie, circonstance qui est à

la fois une condition de prompte cicatrisation et une garantie contre le retour complet de l'anus anormal dans le cas même où la suture intestinale ne réussirait pas dans son entier. L'événement a justifié, dans le fait observé par M. Nélaton, les sages prévisions de ce chirurgien. La cicatrisation de la plaie intestinale n'ayant pas été complète, la conséquence de l'opération a été de transformer un anus contre nature en une simple fistule stercorale assez petite, et dont la guérison a pu être obtenue plus tard, après plusieurs mois de traitement, à la vérité, mais sans qu'il ait été nécessaire de recourir de nouveau à l'instrument tranchant.

Depuis lors, j'ai eu moi-même à pratiquer, suivant les indications posées par MM. Malgaigne et Nélaton, l'opération nouvelle. Il s'agissait d'un vaste anus artificiel établi dans la région crurale droite, à la suite d'une hernie intestinale étranglée gangrenée. Au bout de vingt jours la malade était complétement guérie et la plaie extérieure fermée. La malade est encore actuellement dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, où tout le monde peut la voir; et depuis deux ans qu'elle a été opérée, elle n'a éprouvé aucun accident du côté du canal intestinal, bien qu'elle ait conservé une hernie dans le point même sur lequel ont agi les instruments. Mon opération a présenté dans le manuel plusieurs particularités importantes qui la font différer un peu de celle de M. Nélaton; mais je n'y insisterai pas ici, me proposant de faire de ce point de chirurgie l'objet d'un mémoire qui sera lu à la Société.

Je ne terminerai pas cependant sans faire remarquer que cette opération, véritable et précieuse conquête de la chirurgie moderne, est appelée à compléter, dans beaucoup de cas, la thérapeutique des anus contre nature, restée jusqu'ici imparfaite encore, malgré les excellents principes posés à cet égard à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, tant en France qu'à l'étranger, par Desault, Smakalden, Physick et Dupuytren.

**Taille périnéale pratiquée dans des circonstances insolites.**

M. Deguise fils communique l'observation suivante :

« Il y a trois semaines, je fus consulté par un cultivateur habitant la commune de Bonneuil (Seine) pour une tumeur qu'il portait au périnée. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, occupait le côté gauche de cette région, s'étendait en bas jusqu'à près de deux c—

timètres de l'anus, en haut jusqu'à la racine des bourses, était bornée en dehors par le pli crural et dépassait un peu en dedans le raphé. Elle était dure et bosselée; la peau, d'un rouge érythémateux, présentait une foule de petits enfoncements ou culs-de-sac, ou bien de véritables trajets fistuleux laissant suinter de l'urine.

» Cet homme, âgé de soixante-quatorze ans, avait été taillé par mon grand-père il y a cinquante ans. A la suite de cette opération, il était resté une fistule au périnée, laquelle, depuis cette époque, donnait passage à une certaine quantité d'urine, ou bien se fermait de temps à autre, mais jamais pour longtemps. Comme, en somme, la plus grande partie des urines s'écoulait par la verge, mon vieux client de famille s'était habitué à cet état de choses, et ne serait probablement pas venu réclamer mes soins si depuis un mois il n'avait ressenti des douleurs assez vives au périnée, ainsi que dans le canal, surtout pendant l'émission des urines, dont il ne se débarrassait plus qu'avec une certaine difficulté.

» J'ai dit que la tumeur était d'une dureté extrême; lorsqu'on cherchait à lui imprimer quelques mouvements, on percevait très manifestement un bruit particulier, une sorte de crépitation analogue à celle qui serait sentie en pressant une bourse dans laquelle on aurait placé de petits cailloux. Un stylet poussé par l'un des orifices fistuleux tombait directement sur un corps dur et produisait un choc caractéristique. J'avais affaire à un calcul périnéal.

» J'introduisis une sonde ordinaire par l'urètre, puis successivement trois autres plus petites sans pouvoir franchir la portion membraneuse. Néanmoins, par cette voie je ne sentis aucun calcul, et je crus être autorisé à m'expliquer la difficulté du cathétérisme par la pression seule du calcul périnéal.

» Comme j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer de ces calculs et qu'il m'avait suffi de faire une simple incision au périnée pour les extraire avec la plus grande facilité, je ne me munis d'aucun instrument particulier le jour où je me rendis auprès de mon malade pour le débarrasser de ce que je ne croyais être qu'un calcul dans l'épaisseur du périnée. L'expérience m'ayant démontré que ces sortes de calculs étaient ordinairement multiples et d'une friabilité extrême, témoin les échantillons de ceux que je mets aujourd'hui sous les yeux de la Société, je pris seulement une pince à polypes nasaux pour me faciliter l'extraction des fragments que je

m'attendais à rencontrer, surtout si l'un d'entre eux proéminait dans l'urètre.

» Je me proposais donc : 1° de fendre le périnée jusqu'à la poche renfermant le calcul ; 2° de l'extraire ; 3° de circonscrire par des incisions rendues elliptiques la plus grande partie des téguments du côté gauche du périnée, et d'enlever avec le kyste tout ce tissu inodulaire qui était traversé par les fistules dont j'ai déjà parlé.

» En conséquence, assisté par mon honorable confrère M. Monfray, je pratiquai sur le côté gauche du périnée, à trois centimètres de l'anus, une incision horizontale débordant le raphé et le pli génito-crural. Les tissus rencontrés par mon bistouri étaient tellement durs qu'il me fallut inciser à plusieurs reprises avant d'arriver à la poche. De plus, ces tissus prêtèrent assez peu pour que, malgré l'étendue de mon incision, je ne pusse suffisamment dégager le calcul. Je fus donc dans l'obligation de faire une seconde incision coupant verticalement la première de bas en haut. C'est alors seulement que je vins à bout de détruire les adhérences du calcul avec le kyste qui le renfermait.

» Voici ce calcul : vous voyez que son volume et sa forme sont ceux d'un marron de moyenne grosseur ; il est pesant et très dur ; les rugosités qu'il présente à sa surface expliquent les adhérences qui l'attachaient au kyste. Ce qu'il offre de plus remarquable est une petite facette lisse et polie qui m'apprit de suite qu'il n'était pas unique et que, par cette facette, il devait s'articuler avec un second calcul. En effet, en introduisant profondément un stylet, je perçus un nouveau choc. La poche périnéale était vide, mais il existait un calcul dans l'urètre.

» J'eus recours pour l'extraction de ce second calcul à mes pinces à polypes ; mais l'ouverture de communication avec la poche n'était pas suffisante pour permettre l'écartement des mors de l'instrument. Je fendis donc l'urètre de bas en haut, et cette fois je pus pénétrer. Malheureusement en cherchant à saisir la pierre je la sentis fuir, puis disparaître ; elle était tombée dans la vessie.

» Que faire ? Me repentir de n'avoir point prévu la nécessité d'un appareil instrumental ? Cela n'avançait à rien. Laisser cet homme et courir chez moi chercher ce qui me manquait ? Mais c'était faire quatre lieues. Je pris immédiatement mon parti : l'ir dicateur de la main gauche introduit dans la plaie jusque dai

l'urètre, j'incisai de nouveau, mais en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné, de manière à intéresser la prostate dans l'étendue d'un centimètre environ, et je plongeai aussitôt dans la vessie mes pauvres pinces à polypes. Mas j'eus beau les entrer jusqu'aux anneaux, les tourner et retourner dans tous les sens, il me fut impossible de saisir la pierre. C'est alors que j'eus l'idée d'introduire deux doigts de la main gauche dans le rectum, après avoir fait un peu relever le malade; puis en arc-boutant le coude contre un de mes genoux et en pressant de toutes mes forces, je parvins à ramener la pierre assez près du col pour la saisir et en faire l'extraction.

« Ce deuxième calcul que je vous présente est aussi dur, aussi pesant, aussi inégal que le premier; sa forme est allongée; il a 5 centimètres de longueur; la circonférence de son axe mesure 6 centimètres; il se termine en pointe en avant, se recourbe en arrière, et simule assez bien pour la figure un pénis avec le scrotum. La portion allongée occupait la région prostatique, la portion recourbée et renflée baignait dans la vessie. Il offre deux petites facettes pour s'articuler, l'une avec le premier calcul déjà décrit, la deuxième avec un troisième calcul de la grosseur d'un pois, et qui, à part son volume et sa forme, est exactement de la même nature que les autres.

» La fin de mon opération n'a plus rien offert de remarquable; elle s'est terminée par l'ablation des trajets fistuleux, ainsi que de tous les tissus indurés.

» Depuis quinze jours que cette taille a été pratiquée, il n'est survenu aucun accident et la cicatrisation de la plaie marche avec rapidité. Tout, en un mot, me fait espérer une guérison prochaine. Au surplus, je me ferai un devoir d'instruire la Société de ce qui pourra survenir ultérieurement. »

*Le secrétaire de la société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 3 *novembre* 1852.

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. LENOIR, à l'occasion du procès-verbal, fait quelques observa-

tions relatives à la communication faite par M. Sédillot dans la dernière séance; il voudrait que ce fait, qui offre plusieurs particularités très remarquables, fût communiqué dans tous ses détails.

### Correspondance.

M. le docteur Borelli, de Turin, adresse plusieurs nouvelles observations relatives à l'emploi des injections iodées. Ces travaux sont renvoyés à la commission chargée de l'examen de cette question.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, élu récemment membre correspondant, une observation d'éclampsie, qui pourra être lue dans une prochaine séance et renvoyée, s'il y a lieu, au comité de publication.

### Dons faits à la Société.

M. Larrey fait hommage à la Société des huit premiers volumes des *Comptes-rendus de l'Académie des sciences.*

M. Giraldès fait hommage des ouvrages suivants :

*Lectures* ou *The principles and practice of surgery*, by sir Astley Cooper ;

*A treatise on the inflammations of the eyeball*, by Arthur Jacob ;

*De urethræ stricturis omnibusque tractandi eas methodis*, auctore Sigismund Saulsonhn ;

*Cases of diseased bladder and testicle*, by William Wadd ;

*Recherches sur le manuel de l'opération de la taille sous-pubienne chez l'homme*, par Maurice Carcassonne;

*Mémoire sur le bandage amidonné dans les fractures et de l'opportunité de son emploi*, par M. de Lavacherie;

Sa thèse sur les luxations de la mâchoire;

Sa thèse sur le degré d'utilité de l'anatomie comparée dans l'étude de l'anatomie humaine.

M. Follin dépose sur le bureau les trois premiers volumes des *Comptes-rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie.*

M. Chrestien, de Montpellier, adresse à la Société le *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier* pendant les mois de septembre et octobre 1850.

M. Robert fait hommage du rapport fait à l'Académie par la commission du prix d'Argenteuil.

**Communications.**

M. Marjolin présente à la Société un jeune homme entré dans son service pour une plaie du globe oculaire et de la paupière inférieure causée par un morceau de fer chauffé au rouge ; malgré la gravité de la lésion, le malade a conservé la vue ; la pupille est seulement un peu déformée. L'observation sera plus tard communiquée avec tous ses détails.

— M. Verneuil, prosecteur d'anatomie à la Faculté, communique un travail intitulé : *Recherches sur les kystes de l'organe de de Wolff dans les deux sexes.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Huguier, Gosselin, Robert.

M. Debout termine son rapport verbal sur la thèse de M. J. Lecomte intitulée : *Des ectopies congéniales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine.*

Avant de poursuivre l'examen de ce travail, M. Debout répond aux observations qui lui avaient été adressées par M. Larrey et repousse le reproche qui lui a été fait de ne s'être pas borné à une simple analyse de la thèse.

M. Lecomte, ainsi que la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette intéressante question, s'est mépris sur la nature de l'altération que subissent les glandes séminales déviées. L'examen des faits a porté le rapporteur à ne voir qu'un simple arrêt de développement dans l'altération organique que le testicule subit dans les inclusions et non une atrophie, comme Hunter le prétend. Cette première détermination a paru avoir assez d'importance aux yeux de M. Debout pour être offerte à la discussion de la Société. Il en trouve la preuve dans l'argumentation de M. Follin, qui a soutenu la même thèse que M. Lecomte, c'est-à-dire l'atrophie de la glande. Il est vrai que cette différence dans la manière de voir porte plutôt sur la forme que sur le fond : en effet, M. Follin, dans l'intéressant mémoire qu'il a publié sur ce sujet, confond sous la même dénomination d'atrophie « et les cas où le testicule, après s'être développé, subit un retrait plus ou moins considérable et ceux où cet organe, arrêté au début de son développement, reste avec un volume qui ne correspond plus à l'âge du sujet. » Ce n'est pas une discussion de mots que fait ici le rapporteur en demandant qu'en

médecine, comme en philosophie, on se fasse une idée exacte de la valeur des termes que l'on emploie; en effet, M. Debout montre que ces faits appartiennent à deux catégories qui doivent être distinguées au point de vue de l'intervention de l'art.

Aux altérations organiques qui reposent sur un simple arrêt de développement pourront être opposées les médications physiologiques, c'est-à-dire celles dans lesquelles on fait appel aux fonctions même de l'organe. Un travail de M. Wilson en contient un exemple : un homme âgé de vingt-six ans présentait un arrêt de développement des organes génitaux (pénis et testicules). Sur le conseil de ce chirurgien, il se maria, et sous l'influence des excitations vénériennes l'évolution, comme assoupie, se réveilla, et deux années après ses organes génitaux avaient acquis le volume de ceux d'un adulte.

Dans les cas d'atrophie, il y a une influence morbide spéciale à combattre tout d'abord avant de chercher à remédier aux effets produits, aux phénomènes localisés et caractérisés par l'altération organique qui constitue l'atrophie.

M. Lecomte, comme M. Follin, est conduit aussi dans son travail à fournir des preuves contre l'opinion de Hunter, qu'il a adoptée. Ainsi, lorsqu'il indique les signes qui doivent permettre d'éviter les méprises auxquelles les inclusions testiculaires dans l'aine ont si souvent donné lieu, il signale la douleur caractéristique qu'éveille la pression de l'organe dévié. Or, fait observer M. Debout, est-ce qu'un organe atrophié conserve encore les phénomènes de sensibilité caractéristiques d'un développement normal? Le fait de sensibilité à la pression n'est-il point le meilleur témoignage que la glande séminale n'est pas atrophiée ? Dans les quelques faits que M. Debout a rencontrés, la sensation a toujours été en rapport avec le degré de développement de l'organe inclus. A ce signe diagnostic des déviations, M. Lecomte a ajouté le nombre des testicules contenus dans les bourses. M. le rapporteur en rappelle un troisième qui lui semble plus précieux en ce qu'il frappe immédiatement la vue des chirurgiens : c'est la forme particulière des bourses lorsqu'elles contiennent seulement une des glandes séminales. Le scrotum, dans cette circonstance, offre une forme globuleuse, et le raphé médian se dévie, à partir de la racine de la verge, vers le côté où le testicule manque.

Le testicule retenu dans le canal inguinal, lorsqu'il n'a pas subi un arrêt dans son développement, peut y offrir toutes les altérations morbides qu'il présente dans les bourses. M. Lecomte pense que le traitement ne saurait varier dans ces cas, même lors des affections traumatiques. M. Debout pense, au contraire, que, lorsque les accidents inflammatoires se montrent d'une manière énergique, le traitement doit être conduit avec plus de vigueur, et il en fournit des exemples.

Il est une série d'accidents qui peuvent résulter spécialement de l'inclusion inguinale, ce sont les phénomènes d'étranglement qu'offrent quelquefois les testicules déviés. Quelle est la conduite à tenir dans ces cas ? Faut-il suivre le conseil de Richter, et mettre la glande à découvert ? M. Lecomte n'hésite point à se prononcer pour le débridement, mais sans apporter de faits à l'appui de sa manière de voir. M. Debout cite le fait d'un malade chez lequel des accidents semblables se sont développés. Un chirurgien appelé se méprit sur la nature de la tumeur, tenta l'emploi du taxis, et, les vomissements persistant, voulut pratiquer l'opération du débridement. Le rapporteur, appelé à assister ce confrère, eut son attention éveillée tout d'abord par la forme du scrotum, et reconnut dans la forme ovoïde des parties herniées un testicule arrêté à l'anneau.

Aux émissions sanguines locales, aux frictions avec une pommade composée de parties égales d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone pur, à des bains prolongés, etc., les accidents cédèrent progressivement. Ce fait engage le rapporteur à penser qu'un traitement bien conduit doit triompher le plus souvent de ces accidents. Une circonstance que l'on ne doit pas oublier dans ces faits de lésions traumatiques, c'est le voisinage et souvent la continuité de la tunique vaginale avec le péritoine ; elle exige que l'on insiste sur le traitement antiphlogistique local, afin de ne pas voir l'inflammation de la séreuse testiculaire gagner celle de la cavité abdominale.

De toutes les modifications organiques que peut subir le testicule retenu dans la région inguinale, la plus grave et la plus fréquente est celle de la dégénérescence cancéreuse. Un fait que note M. Lecomte, et qu'il est bon de rappeler, c'est que dans presque tous les exemples consignés on voit l'altération être le résultat de l'appli-

cation intempestive d'un bandage. M. Debout, en signalant ce résultat, a pour but de montrer l'erreur des auteurs qui ont donné le conseil d'avoir recours à l'action compressive du bandage pour prévenir la dégénérescence de la glande. La compression, par l'irritation chronique qu'elle provoque, amène plus souvent la dégénérescence que l'atrophie de la glande séminale.

Après avoir parcouru avec l'auteur de la thèse les modifications dans le manuel opératoire à suivre pour l'ablation de ces tumeurs de l'aine, M. Debout termine son rapport en appelant l'attention de la Société sur le point suivant. Un des malades dont M. Lecomte rapporte l'observation, affecté d'un engorgement d'un testicule retenu à l'anneau, était allé consulter successivement deux illustres chirurgiens, Dupuytren et Marjolin, et tous deux avaient conseillé la castration, dans la seule vue de prévenir la dégénérescence de la glande.

Le développement hypertrophique du testicule est-il le fait de la compression éprouvée par cet organe ou le résultat d'une diathèse? Dans le premier cas, les tissus voisins exerçant une compression analogue à celle produite par le bandage, le succès pourrait venir couronner l'opération; tandis que dans le second, bien que la dégénérescence ne soit pas caractérisée anatomiquement par un tissu hétéromorphe, elle n'en est pas moins la manifestation d'un état diathésique sur lequel l'intervention chirurgicale ne saurait avoir prise. Ces faits demandent un nouvel examen.

Sur la proposition du rapporteur, des remercîments sont votés à M. Lecomte, et son mémoire sera déposé dans les archives de la Société.

M. Larrey. Il me serait difficile de ne point répondre à notre honorable collègue M. Debout, après la lecture de cette seconde partie de son rapport sur la thèse de M. Lecomte; mais je le ferai en deux mots et avec toute la réserve convenable. Autant il m'était permis de m'étonner d'abord que M. le rapporteur parût faire une dissertation sur le même sujet plutôt qu'une analyse du travail soumis à son examen, autant je dois lui savoir gré aujourd'hui d'avoir bien voulu apprécier ma simple observation critique, puisque, tout en paraissant s'y refuser, il a suivi, dans la seconde partie de son rapport, la marche que j'aurais désiré qu'il suivît dans la première; peut-être même a-t-il trop longuement discuté les

opinions émises ou soutenues par notre jeune confrère, et je ne puis plus que le remercier des formes obligeantes de sa savante analyse.

M. Debout. Je regrette que notre collègue ne m'ait pas mieux compris; car j'avais tout d'abord exprimé l'intention formelle de soumettre à la discussion de la Société deux points; la nature de l'altération organique subie par les glandes séminales incluses, et les moyens dont l'art dispose pour triompher de ces déviations. Je craignais, en examinant tout le travail de M. Lecomte, de voir les lacunes de la science à l'égard de ces questions ne pas être présentées. La fin de mon rapport lui a prouvé que je savais tenir compte des mérites de son élève.

**Rapport sur deux notes lues par M. Coste, relatives à la cure radicale de la hernie et à un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre simple.**

(Commissaires : MM. Maisonneuve, Gosselin et Follin, rapporteur.)

M. Follin. Vous nous avez chargés, MM. Maisonneuve, Gosselin et moi, de vous faire un rapport sur deux notes lues par M. Coste (de Marseille) devant la Société, et ayant trait, l'une à un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de la hernie, l'autre à une nouvelle opération de bec-de-lièvre simple. Nous venons aujourd'hui vous rendre compte de notre examen.

Ces deux notes de M. Coste ne renferment qu'un simple exposé des règles opératoires, sans observations qui leur servent d'appui. Cette absence de faits cliniques est assurément regrettable ; car elle nous force, après avoir discuté la rationnalité de ces idées, après avoir cherché à qui en appartient la priorité, à attendre une sanction pratique que nous eussions désiré trouver dans le travail de M. Coste.

Notre honorable confrère commence par établir qu'essayer de guérir radicalement la hernie est une tentative parfaitement rationnelle et un principe de saine pratique. Il ne croit pas qu'on puisse s'arrêter devant cette objection, que la hernie ne compromet pas la vie de l'individu, et que l'opération pour la cure radicale peut entraîner la mort. Votre commission croit devoir s'associer ici à l'opinion de M. Coste. Sans tenir compte des inconvénients quotidiens d'une hernie, si l'on réfléchit au grand nombre de celles

qui s'étranglent et à la mortalité des hernieux comparée à celle des autres individus, on ne tiendra point compte d'objections qui rejetteraient ainsi du cadre opératoire un grand nombre d'autres opérations. Des statistiques bien faites établissent que la population hernieuse disparaît près de quatre fois plus vite que la population ordinaire; qu'entre 75 et 100 ans, il meurt 7 fois plus de vieillards hernieux que d'autres; enfin que la population hernieuse va croissant et s'élève à plus de 1,600,000. Ces chiffres justifient suffisamment, selon nous, le chirurgien qui essaye la cure radicale de la hernie.

Cela dit, examinons le procédé que propose M. Coste, et dont, avec la plus entière bonne foi sans doute, il se croit l'inventeur. Ce procédé n'est qu'une modification de l'opération de M. Gerdy. Vous connaissez bien, messieurs, la méthode opératoire de notre honorable collègue; il est donc inutile de la rappeler ici. Mais dans cette méthode il existe un certain nombre de procédés que M. Gerdy a successivement essayés, puis rejetés. C'est l'un de ces procédés retrouvés par M. Coste, et déjà publiés par lui dans son *Manuel de dissection*, dont il est venu ici vous entretenir. Frappé comme M. Gerdy lui-même de certaines récidives après l'opération proposée, il les a attribuées à une sorte de déroulement du bouchon cutané préalablement refoulé dans le canal herniaire. D'après cette idée et dans le but de s'opposer à un tel mode de récidive, il a essayé d'arrêter pour ainsi dire à la porte le bouchon cutané prêt à se désinvaginer. Nous verrons plus loin si ce déroulement du bouchon cutané est la véritable cause de ces récidives. En attendant, voici comment procède M. Coste :

L'avant-veille de l'opération, il dénude par un vésicatoire la peau qui recouvre la hernie et doit être refoulée dans le canal herniaire; puis, le malade couché dans une position telle que les muscles abdominaux soient relâchés, il refoule aussi loin que possible dans le canal inguinal, par exemple, la peau, en laissant en arrière le cordon testiculaire ou le ligament rond. Rien, si ce n'est la dénudation préalable du derme, ne diffère encore du procédé de M. Gerdy. Mais sur le doigt introduit dans le canal herniaire, M. Coste fait glisser jusqu'au fond du cul-de-sac cutané une sonde cannelée double qui sert de conducteur à un instrument propre à l'auteur, sorte de fourche dont les deux branches répondent

exactement aux cannelures de la sonde; puis avec cet instrument, qu'il fait basculer, il traverse la peau enfoncée dans le canal, la paroi antérieure de celui-ci et le ligament abdominal. Les deux branches de cette fourche portent dans leur chas un fil qui, dégagé et confié à un aide, sert à retenir la peau invaginée. Le doigt et les instruments retirés, M. Coste noue sur un petit rouleau de diachylon les deux bouts du fil; ce fil n'est enlevé que le surlendemain.

Dès le premier temps de son opération, M. Coste poursuit une idée qui le préoccupera encore plus loin. Il veut d'abord maintenir par agglutination deux surfaces de peau dénudée. L'expérience clinique peut seule dire si le degré d'adhérence d'une peau ainsi dénudée serait convenable, et si, cette adhérence ne se faisant pas tandis que l'occlusion extérieure du cul-de-sac aurait lieu, il ne serait pas à craindre de voir ce canal cutané se remplir de produits de sécrétion et exiger plus tard une opération spéciale. Quoi qu'il en soit de ces prévisions, votre commission ne saurait apercevoir un progrès dans ce premier temps de l'opération. Ainsi, cette fourche-aiguille et cette double sonde cannelée constituent autant d'instruments spéciaux sans apporter, à vrai dire, une grande facilité dans le manuel opératoire. Bien convaincu qu'au lieu de compliquer ainsi l'opération il faut tendre à la simplifier de plus en plus, M. Gerdy conseille aujourd'hui de ne passer qu'un seul fil avec l'aiguille à suture que vous connaissez.

Dans le second temps de son opération, M. Coste se propose de fermer par une cicatrice résistante l'ouverture du canal en doigt de gant produit par le refoulement de la peau. Dans ce but, ce chirurgien excise de chaque côté du rebord de l'anneau un lambeau de peau, puis il réunit par la suture enchevillée les deux plaies saignantes; en même temps, pour éviter le tiraillement continuel des tissus, il pratique à quelque distance de cette suture deux incisions parallèles : ces larges débridements sont empruntés à quelques opérations autoplastiques. Le pansement est des plus simples; les fils sont coupés du quatrième au cinquième jour, et le malade ne doit pas quitter la position horizontale avant douze ou quinze jours.

Tel est, messieurs, le procédé opératoire dont M. Coste est venu vous lire les détails. Devant l'absence de faits cliniques cités par

l'auteur, votre rapporteur a dû penser que ces règles opératoires étaient jusqu'alors restées à l'état de projet. Mais quelques recherches n'ont pas tardé à lui apprendre que plusieurs chirurgiens avaient proposé et mis en pratique quelques-unes des indications dont M. Coste se croit l'inventeur. Fortement préoccupé, sans doute, de l'idée qu'il poursuivait, le chirurgien de Marseille n'a pas vu que la modification opératoire proposée par lui avait été depuis longtemps déjà pratiquée, puis abandonnée par M. Gerdy. Ainsi, son nouveau procédé se trouve clairement exprimé dans les premières publications de M. Gerdy, dans le rapport de MM. Gimelle et Sanson à l'Académie de médecine (janvier 1836), dans quelques thèses et dans quelques traités généraux de pathologie, comme le livre de M. Vidal. Dans une thèse sur la *cure radicale des hernies*, soutenue en 1841 dans le concours de médecine opératoire par M. A. Thierry, on lit, page 73 : « Enfin, on a également renoncé » à la cautérisation du cul-de-sac par l'ammoniaque et à l'avive- » ment qu'on pratiquait à son orifice, rattaché ensuite par des » sutures dans le but d'empêcher la peau de se désinvaginer. » Dans ce travail, où se trouve consigné un assez grand nombre d'opérations de cure radicale de la hernie, j'ai pu compter trois cas dans lesquels avait été pratiquée la modification opératoire indiquée aujourd'hui par M. Coste. Voyons rapidement quels résultats a donnés cette pratique :

1° Dans un premier cas cité par M. Thierry, un homme de soixante-deux ans fut opéré pour une hernie inguinale gauche. On pratiqua trois points de suture, la cautérisation avec l'ammoniaque et la suture extérieure du cul-de-sac invaginé. Les fils furent levés le cinquième jour, et un mois après on pouvait constater que dans la toux la hernie ne se reproduisait pas.

2° Dans le second cas, sur un homme de soixante ans, le même procédé fut mis en pratique; mais le sac invaginé se sphacéla le sixième jour, et un mois et demi après l'opération il y avait récidive.

4° Enfin, dans l'observation n° 23, il s'agit d'une hernie inguinale droite. Trois points de suture, la cautérisation et l'autoplastie de l'orifice du cul-de-sac furent mis en pratique. Le malade mourut le neuvième jour dans un état typhoïde. A l'autopsie, on trouva une teinte rouge du péritoine près de l'anneau, une couche de pus

sous le grand oblique remontant jusqu'aux attaches de ce muscle aux côtes ; il y avait aussi du pus dans la plèvre droite.

Tel est, messieurs, le résumé des trois cas dans lesquels l'occlusion du cul-de-sac cutané conseillée par M. Coste a été employée; elle n'a pas donné, vous le voyez, de résultats bien satisfaisants. Votre commission ignore si M. Coste a pratiqué avec succès cette opération, et, dans ce cas, elle regretterait fort qu'il ne les lui eût pas communiquées. Avec le petit nombre de faits que nous possédons, il serait sans doute difficile d'exprimer une opinion motivée. Toutefois, M. Gerdy nous a semblé pencher vers cette opinion, à savoir, que la suture extérieure favorise les inflammations phlegmoneuses et les fusées purulentes. Cette idée de notre honoré collègue trouverait sans doute sa justification dans les deux cas malheureux que je viens de vous rappeler. Aussi M. Gerdy et avec lui la plupart des chirurgiens qui ont essayé la cure radicale de la hernie ont-ils rejeté l'occlusion extérieure du cul-de-sac cutané.

Malgré cet abandon général, M. Coste la conseillait encore en 1847 dans son *Manuel de dissection*, et sans connaître davantage les tentatives faites avant lui, M. Pétrequin, dans un cas de hernie crurale, mettait aussi en pratique un procédé analogue. Je vous demande, messieurs, la permission de vous citer un fait très succinct de cette dernière observation.

Ce fait pourrait peut-être un jour venir se glisser dans quelque statistique bienveillante. Il est urgent de déclarer de suite qu'aux yeux de votre commission il ne signifie rien. Ce fait a été publié en 1849 dans la *Gazette médicale lombarde*. Une femme de quarante ans portait une hernie crurale gauche du volume d'une tête d'adulte. L'anneau crural permettait l'introduction des cinq doigts. Voilà comment M. Pétrequin essaya la cure radicale de cette hernie. Il réduisit la hernie, repoussa la poche cutanée qui la contenait à travers l'anneau crural dans l'abdomen, et l'y fit maintenir au moyen d'un stylet boutonné à travers l'anneau. Ensuite il enleva du bord de l'ouverture cutanée, au moyen des ciseaux, une bande ovale de la peau, et mit en contact les parties sanglantes parallèlement au ligament de Fallope. Trois aiguilles en fer doux furent appliquées de façon à traverser la peau et l'arcade crurale en haut, le repli du fascia lata, et la peau en bas; leurs extrémités furent enfoncées dans deux bouchons de liége, puis re-

courbées à l'aide de pinces et tordues de façon à amener le contact parfait des lèvres de la plaie. Consécutivement pas de fièvre adhésive des parties; enlèvement des points de suture le septième jour. L'observation se termine par ces mots : « Un mois après, guérison complète. La hernie tend à reparaître, mais beaucoup moins volumineuse, et un bandage à pelote la contient. » Cette dernière phrase nous laisse le droit de douter de la valeur du procédé suivi par M. Pétrequin, et c'est à tort, selon nous, qu'on inscrirait comme un succès l'opération pratiquée par le chirurgien de Lyon. Il résulte de cette discussion, déjà trop longue peut-être, que la modification opératoire proposée par M. Coste a déjà été employée, puis abandonnée par M. Gerdy, et que le chirurgien de Marseille n'apporte aucun fait pour la réhabiliter dans la pratique chirurgicale.

Mais, sans tenir compte des remarques qui précèdent, votre commission conserve encore un certain doute sur la rationnalité du procédé qui conseille de clore par une suture l'orifice intérieur du cul-de-sac. En effet, si l'on démontrait que dans l'opération de M. Gerdy, et alors qu'elle est suivie de succès, la peau ne reste point invaginée, l'on affaiblirait sans doute la valeur qu'on a cru devoir attacher à la suture extérieure du cul-de-sac. Or après avoir longtemps pensé que la peau formait un bouchon organique qui s'opposait à la sortie des viscères, M. Gerdy s'est assuré que dans beaucoup de cas la peau invaginée redescendait peu à peu, et que dans d'autres le bouchon qui, dans les premiers jours forme un obstacle solide, finissait par se résorber, Il se crut donc autorisé à admettre que l'oblitération du trajet se faisait seulement par un épanchement de lymphe plastique. Si tel est le résultat définitif de cette opération, l'on doit peu regretter de ne pouvoir retenir la peau invaginée dans le canal herniaire.

Dans la seconde note que M. Coste nous a lue, il décrit une *nouvelle opération pour le bec-de-lièvre simple*. Depuis longtemps déjà les chirurgiens se sont longtemps préoccupés des résultats peu satisfaisants de l'opération habituelle du bec-de-lièvre. Cette préoccupation s'est traduite par les procédés nombreux qu'ils ont tous proposés, et dont quelques-uns vous ont été communiqués. Dans le cas de bec-de-lièvre simple, c'est l'encochure située au niveau de la réunion des parties que les chirurgiens ont essayé de combattre. M. Coste s'est aussi adressé à cet obstacle, et tout en

rendant pleine justice aux travaux de quelques membres de cette Société, il a cru obvier à cet inconvénient de l'encochure par un procédé plus certain que ceux qui sont déjà dans la pratique habituelle.

Avant d'examiner la valeur de ce procédé, nous allons, messieurs, vous l'exposer. L'auteur de cette note nous l'a transmis en des termes, à la vérité, un peu obscurs ; une grande attention nous a été nécessaire pour en saisir amplement tous les détails.

M. Coste reconnaît trois temps à son opération.

Supposons un bec-de-lièvre gauche. M. Coste fend d'abord largement le frein de la lèvre, puis, à l'aide de deux coups de ciseaux, l'un vertical et l'autre horizontal, il taille sur le bord droit de la division en dehors de l'angle arrondi qui le termine une demi-mortaise ; puis sur le bord gauche de la division il taille un petit lambeau destiné à venir se placer dans cette demi-mortaise. L'incision supérieure de ce lambeau est franchement horizontale ; l'autre, correspondant au bord droit, est légèrement oblique en haut et en dehors. — Les lambeaux et la mortaise doivent être taillés d'un façon inverse dans le bec-de-lièvre du côté droit. Dès lors le lambeau occupe le point dans lequel aurait existé l'encochure. C'est là le premier temps de l'opération de M. Coste ; le second, c'est l'avivement du côté de la demi-mortaise ; M. Coste pratique l'avivement avec des ciseaux, du côté du lambeau, avec le bistouri qu'il dirige de haut en bas et qu'il fait tomber sur l'extrémité externe du lambeau. Le troisième temps comprend la réunion des parties. D'abord M. Coste réunit par un point de suture entrecoupée les parties situées au-dessus de la mortaise et du lambeau ; il fixe ensuite le lambeau dans la demi-mortaise au moyen d'une aiguille à suture entortillée ; enfin il joint aussitôt après par une serre-fine l'angle saillant supérieur du bord gauche à l'angle rentrant du bord droit; enfin une dernière épingle réunit les lèvres de la division à égale distance des lèvres de son extrémité supérieure et de la demi-mortaise. La cicatrice qui succède à l'adhésion figure ainsi trois lignes, une supérieure oblique, une moyenne transversale et une inférieure verticale. Dans un bec-de-lièvre du côté droit, ces trois lignes figurent assez bien le chiffre 4.

Votre rapporteur n'a point voulu par des réflexions scinder cette description ; mais en répétant sur le cadavre ce procédé, votre com-

mission a remarqué qu'il exigeait de nombreuses incisions et une perte de substance de la lèvre assez considérable. Or, quelque laxité qu'aient les tissus, cette perte de substance nous paraît regrettable. D'ailleurs, à ces incisions multiples qu'elles nécessitent succèdent en définitive trois cicatrices dont l'aspect ne peut manquer d'être désagréable. J'ajouterai ici qu'un des membres de votre commission, M. Gosselin, s'est assuré que dans les becs-de-lièvre opérés dans le très jeune âge il se produit un travail organo-plastique à la faveur duquel s'efface souvent cette encochure, désespoir des chirurgiens.

M. Coste ne nous ayant point mis en demeure d'apprécier par une observation détaillée la valeur clinique de son procédé, nous avons dû nous borner à reconnaître que ce procédé est facile sur le cadavre, qu'il supprime bien l'encochure, mais qu'il nécessite six incisions suivies de trois cicatrices, et qu'enfin il exige une assez notable perte de substance de la lèvre. Jusqu'à ce que la pratique ait démontré que dans ce procédé les avantages l'emportent sur les inconvénients, votre commission ne saurait constater encore ici un progrès véritable.

En terminant son rapport, la commission vous propose :

1° D'adresser des remerciments à M. le docteur Coste, de Marseille ;

2° De déposer ses travaux dans les archives de la Société ;

3° De lui communiquer l'article du règlement qui prescrit de communiquer un travail inédit pour obtenir le titre de membre correspondant.

### Discussion du rapport.

M. Gerdy. Le peu de solidité des premiers procédés que j'avais d'abord mis en usage m'y a fait renoncer. Primitivement j'employais deux fils, aujourd'hui un seul me suffit. A une certaine époque, j'avais incisé la peau sans la disséquer, puis j'avais réuni au moyen de la suture enchevillée ; mais comme la hernie se reproduisait derrière, j'y ai renoncé.

Ce n'est qu'après un assez long espace de temps que l'on peut s'assurer si les guérisons sont véritables ; malheureusement on ne peut pas toujours suivre les malades. Il y en a quelques-uns qui

désirent que leur infirmité reste inconnue, et qui se cachent; d'autres sont bien aises de n'avoir pas à vous témoigner leur reconnaissance.

Il y a seize ans, j'opérai un malade qui portait une hernie inguinale récente. Au bout de très peu de temps je le perdis de vue, et n'en entendis parler que quatorze ans après. Voici ce qui s'était passé :

L'opération avait complétement réussi; jamais aucune tumeur ne s'était montrée; mais deux ans après, à la suite d'exercices violents, une hernie apparut du côté opposé; soit honte, soit négligence, il resta quatorze ans sans rien faire; pendant ce temps, la hernie devint énorme : il vint à Paris, et, comme il connaissait M. Roux, nous l'examinâmes ensemble, et il fut facile de constater qu'il y avait eu guérison radicale de la première hernie.

Le malade aurait bien désiré être également opéré pour la seconde; mais je ne voulus rien entreprendre à cause du volume considérable de la tumeur et de l'âge avancé du sujet; je dois en outre ajouter qu'il y avait dans la famille une disposition héréditaire.

J'ai eu occasion, il y a huit ou dix ans, d'opérer avec un plein succès un menuisier; depuis cette époque il travaille sans bandage et n'a jamais éprouvé le moindre accident.

Dans les premiers temps de l'opération, il est bon de porter un bandage pour donner aux adhérences le temps de se consolider; ainsi, faute de prendre cette précaution, j'ai vu, chez un professeur de l'Ecole de médecine secondaire de Nantes, la tumeur chercher à reparaître, parce qu'il avait dansé sans son bandage.

Chez les femmes, lorsqu'elles sont jeunes, il n'est pas toujours possible de faire une invagination dans le canal, et cependant les opérations réussissent. Je citerai comme exemple le fait d'une jeune femme opérée à l'âge de vingt-six ans, accouchée deux fois depuis, et si bien portante que sa sœur a toujours ignoré son accident.

Aujourd'hui je n'emploie qu'un seul fil traversant un grain de chapelet, qui m'aide à tenir la peau refoulée en haut; ce grain est traversé par un autre fil qui me sert à le ramener en bas lorsque je juge à propos de le retirer, quand je crois l'inflammation suffisante.

C'est là le point difficile à juger; car si on laisse l'inflammation

prendre un trop grand développement, il survient des abcès qui peuvent remonter très haut et causer la mort.

Une fois je fus trompé par un jeune homme qui portait une hernie congénitale. La ponction faite, il sortit de l'eau; la cavité du péritoine était ouverte. Malgré cela je terminai l'opération; je redoublai de surveillance et le malade guérit.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Follin sera inséré dans les Bulletins de la Société.

**Tumeur pulsative des os.**

M. Demarquay présente l'humérus droit d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, et sur lequel on avait constaté une tumeur pulsatile. Après avoir pratiqué la désarticulation de l'épaule, il a fait une injection dans les veines et les artères du bras enlevé, afin de pouvoir étudier la nature de l'affection. La tumeur s'était développée dans la partie centrale de l'os, qu'elle a fini par détruire dans l'étendue de 9 centimètres. Son tissu est d'un blanc jaunâtre. L'étude micrographique qui en a été faite par M. Lebert prouve qu'elle est formée de tissus fibreux et fibro-plastique. Son enveloppe contient quelques lamelles osseuses et une grande quantité de vaisseaux veineux et artériels. Ces vaisseaux sont volumineux; dans quelques points ils ont la grosseur d'une plume d'oie. Un réseau vasculaire très fin pénètre à la partie interne et externe dans le centre de la tumeur. La composition de cette dernière donne l'explication des phénomènes que l'on constatait avant l'ablation du membre, tels que pulsations artérielles, bruit de souffle, mobilité anormale, et trois calculs viscéraux extraits par la taille latéralisée.

M. Demarquay présente trois calculs volumineux qu'il a extraits par la taille latéralisée de la vessie d'un homme de soixante-cinq ans, avec l'aide de M. Lenoir. L'opération a été faite dans des conditions particulières qu'il est bon de noter. Le malade, confié aux soins de M. Demarquay, souffrait depuis plusieurs années de la pierre; il était affecté d'une incontinence d'urine quand il est arrivé à Paris. Après avoir pris l'avis de MM. Roux, Velpeau et Lenoir, il fut décidé que le malade serait délivré de ses calculs par la taille latéralisée. Le lendemain de la consultation il survint une

tuméfaction accompagnée de gangrène de la verge et des bourses, sans réaction fébrile. Cet accident était déterminé par le passage incessant de l'urine. La seule chance qui restât au malade c'était évidemment l'opération de la taille, qui, tout en le délivrant de ses calculs, donnerait un nouveau cours à l'urine.

M. Lenoir met sous les yeux de la Société un calcul mural qu'il a extrait par la taille sous-pubienne sur un jeune homme âgé de vingt-sept ans. Ce calcul, à mamelons très nombreux et très saillants, est à peu près rond; il offre partout un diamètre d'environ 18 lignes, et n'a pu être extrait de la vessie par la taille latéralisée qu'après que le chirurgien eut converti cette taille en une taille bi-latérale par une incision horizontale du côté droit de la prostate et du col vésical. Procédé recommandé par M. Senn (de Genève), et qui a réussi déjà plusieurs fois à M. Lenoir en pareille circonstance. Le malade, malgré les difficultés de l'opération, est aujourd'hui en voie de guérison avancée.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

## *Séance du* 13 *novembre* 1852.

### Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Marjolin, à l'occasion du procès-verbal. Tout en rendant justice aux efforts des micrographes pour arriver à préciser autant que possible le diagnostic de certaines affections, je crains que la Société n'entre dans une mauvaise voie en acceptant sans aucune observation, sans aucun contrôle ce qui nous est dit de la nature essentielle de certaines tumeurs.

J'admets sans aucun doute qu'il existe dans les tumeurs que nous observons si fréquemment des différences de texture qui ne sont appréciables qu'à l'aide du microscope; mais, si on vient à examiner ces mêmes tumeurs au point de vue clinique, elles ont entre elles une si grande analogie que je crois qu'elles ne sont qu'un genre, peut-être même qu'une espèce dans la grande famille des affections cancéreuses. Si l'ordre du jour de la séance n'était pas

aussi chargé, j'aurais désiré voir cette question élucidée, car pour moi j'ai bien de la peine à croire qu'une tumeur du genre de celle qui vous a été présentée par M. Demarquay soit autre qu'un cancer de l'os.

M. Lebert. Je répondrai à M. Marjolin que, bien que la discussion ne puisse pas s'engager dans ce moment, je ne puis cependant pas laisser passer l'opinion qu'il a émise sans protester formellement contre la défaveur qu'elle paraît vouloir jeter sur le microscope et son utilité dans la détermination de la nature des tumeurs.

Non-seulement l'utilité de ces études est aujourd'hui généralement reconnue, mais pour l'examen des tumeurs elle est tout particulièrement fondée sur des recherches si nombreuses faites avec une si minutieuse exactitude qu'il n'est guère rationnel de la révoquer en doute. Il ne s'agit pas seulement dans les recherches qui me sont propres sur cette matière de quelques minuties trouvées au moyen d'un instrument d'optique, mais bien au contraire de la confrontation continuelle des caractères anatomiques et microscopiques avec l'observation clinique, ce qui leur donne une véritable valeur pratique.

Du reste, loin de craindre la discussion sur ces questions, je serai heureux de la provoquer, et j'aurai l'honneur de présenter incessamment dans ce but à la Société un grand travail sur les tumeurs fibro-plastiques.

MM. Larrey et Chassaignac regrettent que l'on ait cherché à soulever une question qui ne pouvait être discutée dans cette séance.

M. Marjolin. Malgré tout le désir que j'ai de voir le jour se faire dans une question aussi importante, je n'aurais pas pris la parole si dans la note qui m'a été remise par M. Demarquay je n'avais trouvé ces mots : Il résulte des recherches faites par notre collègue M. Lebert que la tumeur du bras est composée d'éléments fibreux et fibro-plastiques.

Il est cependant évident que, pour tous ceux qui ont lu l'observation de M. Demarquay et qui verront ensuite le résultat des recherches micrographiques, il y aura un doute sur la nature de la tumeur. En effet, si aujourd'hui on nous parlait d'une tumeur pulsatile accompagnée de bruit de souffle, de douleurs vives et de ramollissement du tissu osseux, nous dirions très probablement : c'est ou un anévrisme ou un cancer; or c'étaient là les caractères

que présentait le malade que vous avez examiné, et aujourd'hui nous voyons que la tumeur est composée d'éléments fibreux ou fibro-plastiques; il me semble qu'il est permis de douter, et c'est pour cela que j'ai cru convenable d'attirer l'attention de la Société sur ce fait, bien que la question ne pût être discutée aujourd'hui.

M. Lebert. Voici les renseignements que je puis donner sur la tumeur présentée par M. Demarquay. L'opération fut faite le 16 octobre, et ce ne fut que cinq jours après que j'eus communication de la pièce. Non-seulement elle avait pu s'altérer par la putréfaction, la température étant très douce, mais, comme en outre les veines et les artères avaient été injectées, cette préparation pouvait encore contribuer à masquer les caractères de sa structure intime. Je fis part de ces causes d'erreur à M. Demarquay, tout en lui disant que, dans l'intérêt du malade, j'étais cependant bien aise de ne pas trouver des preuves directes de l'existence du cancer, mais de rencontrer plutôt des éléments fibreux et fibro-plastiques.

D'un autre côté, le mode d'être anatomique de cette tumeur présente quelques caractères que l'on ne rencontre pas ordinairement dans le cancer des os : la tumeur est ovoïde, partout bien délimitée, entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse très vasculaire. Elle ne ressemble pas au cancer périostal diffus de sa nature et parsemé de particules osseuses; elle est également bien plus circonscrite que le cancer ordinaire du canal médullaire.

Les souffrances du malade n'autorisent pas à diagnostiquer un cancer. Ne voyons-nous pas les petits tubercules douloureux sous-cutanés de nature fibreuse ou fibro-plastique occasionner des douleurs tellement vives que les malades sont impatients d'être débarrassés de la source de leurs souffrances?

La tumeur de M. Demarquay ne me paraît donc pas très heureusement choisie pour être le point de départ d'une discussion contre le microscope.

### Correspondance.

M. le professeur Chélius, d'Heidelberg, membre associé étranger, adresse à la Société une lettre de remerciments. Cette lettre sera déposée aux archives.

— M. Roy-d'Etiolles adresse à la Société un duplicata de la let-

tre et de l'observation qu'il a adressées à l'Académie de médecine dans la dernière séance à l'occasion du rapport fait par la commission du prix d'Argenteuil.

La Société passe à l'ordre du jour.

— M. le docteur Houzelot, chirurgien de l'hôpital de Meaux, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse un travail sur la luxation de l'extrémité supérieure du cubitus gauche et une observation d'anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche.

(MM. Debout, Lenoir, Laborie, sont chargés de faire un rapport.)

— M. Larrey transmet à la Société une lettre et une observation de M. le docteur Liégey (de Rambervilliers), relatives à une hémorrhagie périodique dans un cas de plaie d'arme à feu, et il propose que ce travail soit renvoyé à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. le professeur Bouisson (de Montpellier) sur les hémorrhagies intermittentes.

— M. le docteur Dupont, médecin de l'hôpital d'Harcourt (Eure), adresse à la Société une observation de fracture longitudinale du radius. (M. Houel est chargé d'en rendre compte.)

— M. le docteur Camescasse (de Smyrne), membre correspondant, adresse à la Société une lettre de remerciments.

— M. le président de la Société nationale et centrale d'agriculture adresse une lettre d'invitation pour sa séance annuelle.

M. le président charge M. le secrétaire de vouloir bien adresser, au nom de la Société, une lettre de remerciments.

— M. Debout fait hommage à la Société des 40 volumes qui composent la collection du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

M. le président remercie M. Debout au nom de la Société.

— M. Danyau adresse le rapport fait à l'Académie sur une observation de renversement complet de la matrice, dont la réduction fut tentée au bout de quinze mois.

### Communications.

M. le docteur Foucault (de Nanterre) lit une notice sur un appa-

reil à irrigations continues dans les organes génito-urinaires et dans le rectum.

(MM. Danyau, Denonvilliers, Boinet sont chargés de faire un rapport.)

— M. Broca, prosecteur d'anatomie de la Faculté, commence la lecture d'un mémoire très étendu sur les luxations dites de l'astragale. (La première partie de ce travail a trait à la luxation sous-astragalienne.)

— M. Forget, au nom de la commission chargée d'examiner les travaux de M. le docteur Jarjavay, lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De la dilatation des conduits excréteurs dans les glandes salivaires.*

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Adresser à M. Jarjavay des remercîments pour son intéressant mémoire, et renvoyer son travail au comité de publication ;

2° Admettre M. Jarjavay comme membre titulaire de la Société.

Après la lecture des conclusions du rapport, M. le président annonce que la discussion est ouverte.

M. Giraldès. Il me semble, puisque M. Forget avait manifesté, en me citant, l'intention de compléter l'historique de cette affection, qu'il aurait dû saisir l'occasion de parler des recherches intéressantes de sir Benjamin Brodie sur les dilatations des canaux galactophores.

M. Forget. Je répondrai à M. Giraldès que j'avais parlé de ces travaux dans le mémoire que j'ai publié en 1848.

M. Chassaignac. J'avais constaté en 1844, et le fait a été publié, la dilatation du canal de Warthon. C'était à l'hôpital Necker, lorsque je remplaçais M. Lenoir. Le malade éprouvait des douleurs très vives dans ce point. En examinant la bouche, j'aperçus sous la langue une concrétion blanchâtre ; la circonférence était molle et le centre plus dur. Je pus l'extraire facilement et introduire ensuite un stylet dans le conduit de Warthon, qui était manifestement dilaté.

La question, actuellement, ne se borne plus à demander si la dilatation du conduit de Warthon est possible ; elle porte sur ce point que, dans la majorité des cas, ce que l'on a cru être le conduit dilaté n'est autre que la dilatation d'une petite bourse muqueuse décrite par Fleischmann.

Je crois que les dilatations du canal sont assez rares et surtout peu durables ; la douleur s'oppose à l'idée d'une dilatation chronique. Il ne faut pas, pour admettre la possibilité du fait qui nous occupe, conclure d'après ce qui se passe dans d'autres canaux ; c'est tout différent. Sous plusieurs rapports, l'observation de M. Richet est fort curieuse.

M. Giraldès. Je regrette de ne pas être tout à fait de l'avis de M. Chassaignac. Je pensais comme lui avant certaines recherches, mais maintenant je diffère d'opinion ; et il est facile de se convaincre de la vérité :

1° A cause de la nature du liquide contenu dans la tumeur. Ainsi, lorsque celle-ci n'est pas la suite de la dilatation d'un conduit salivaire, le liquide qu'elle contient n'est pas identique au liquide sécrété par la glande : or ce liquide contenu dans les grenouillettes est en apparence identique au liquide qui provient de la glande sous-maxillaire, c'est-à-dire visqueux, filant comme du blanc d'œuf.

2° Le volume et le siége de la tumeur sont encore à considérer pour le diagnostic. Lorsque ce sont les conduits salivaires qui se dilatent, la tuméfaction s'étend plus loin ; ainsi, Boyer a cité des tumeurs qui faisaient saillie sous la mâchoire.

J'ai vu, dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, une tumeur qu'il avait ouverte et qui contenait une matière analogue à de la semouille. Lorsque chez ce malade je pratiquais des injections et que j'exerçais une pression, le liquide sortait par l'orifice du conduit situé près du frein de la langue.

M. Baillarger a rapporté des cas de dilatation complète des conduits parotidiens.

Maintenant, si on procède par analogie, on verra que les autres glandes fournissent des exemples de dilatation analogue ; et de même qu'il y a des kystes des reins formés par la dilatation des canaux urinifères, il peut y avoir des dilatations partielles des conduits salivaires simulant des tumeurs : on a donc l'induction en plus des faits.

M. Chassaignac. Je ne vois pas trop en quoi l'opinion de notre honorable collègue est contraire à la mienne ; seulement je crois qu'il faut rester dans la question et ne pas y mêler ce qui a trait

aux kystes des reins, etc.. Il ne faut pas trop ici se servir de l'induction.

A ceux qui nient la possibilité de la dilatation du conduit de Warthon, il faut le leur montrer dilaté, ce qui est du reste fort rare; car, je le répète, dans le plus grand nombre des tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, le conduit est dans l'état normal. Il suffit, pour pratiquer son cathétérisme, d'exciter la sécrétion de la salive par l'application d'une substance sapide sur la muqueuse buccale; on peut alors introduire facilement un stylet. Le fait de M. Richet est d'autant plus curieux qu'il a été suivi jusqu'à la fin.

M. Lenoir. J'ai vu ces jours derniers à la campagne un jeune homme qui portait à la partie moyenne et antérieure du cou un kyste assez volumineux. J'ai fait une ponction, et il est sorti un liquide séreux mêlé de grumeaux assez semblables à de la semouille. C'était là l'occasion de rechercher si ce kyste était une dilatation des conduits salivaires. C'est ce que j'ai fait. Après avoir mis un peu de sucre sous la langue, j'ai vu parfaitement la salive sortir des orifices et il m'a été très facile, en introduisant un stylet dans le conduit de Warthon, de m'assurer qu'il n'y avait aucune communication entre lui et la tumeur.

Dans le fait auquel M. Giraldès faisait à l'instant allusion, et qui a été communiqué à la Société, j'ai eu la certitude que c'était bien un kyste et non une grenouillette, et si plus tard il y a eu une communication entre la tumeur et les conduits salivaires, c'est que la suppuration l'avait probablement établie.

M. Denonvilliers. Je partage entièrement les idées de M. Chassaignac, et je crois qu'il serait bon, dans le rapport, de faire sentir que les tumeurs désignées sous le nom de *grenouillette* ne sont pas toujours une dilatation des conduits. Ce qui serait important, ce serait de chercher à établir la proportion sous le rapport de la fréquence entre les kystes et la dilatation du conduit de Warthon.

Puisque l'on a des éléments suffisants pour établir le diagnostic, il faut éviter qu'on dise plus tard qu'on a confondu ensemble deux affections bien distinctes. Ainsi il est évident que les observations de MM. Robert et Maisonneuve ne ressemblent en rien à la grenouillette.

En terminant, je dirai que je suis étonné que personne n'ait fait

attention à une circonstance pratique bien propre à éclairer le diagnostic. Personne n'ignore avec quelle peine on parvient à fermer les fistules, tandis que dans la plupart des tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, ce qui préoccupe le plus le chirurgien, c'est d'empêcher les ouvertures pratiquées sur la tumeur de se cicatriser. Il faut donc, lorsqu'on excise ces tumeurs, qu'on excise une partie tout à fait distincte de l'appareil salivaire.

M. Giraldès. Notre honorable collègue a touché à une question très importante, la proportion, entre les dilatations véritables et les kystes, il l'a résolue dans son sens plutôt par sentiment que par démonstration, et il n'a pas assez tenu compte de la différence du liquide dans l'un et l'autre cas.

M. Denonvilliers. Je crois que c'est bien plus par le cathétérisme et les résultats du traitement qu'on pourra arriver à résoudre la question que par la physiologie. Quant à expliquer l'analogie des liquides, c'est un point très difficile.

M. Follin. J'ai eu occasion de voir dans le service de M. R. Marjolin, lorsqu'il remplaçait M. Bérard à Saint-Antoine, un malade qui présentait une grenouillette bien évidemment formée par un kyste indépendant du conduit de Warthon, et dans ce cas il fut facile d'en avoir la certitude. M. Marjolin, frappé de la lenteur du traitement ou des récidives lorsqu'on n'excise qu'un petit lambeau de la tumeur ou qu'on laisse un séton, traversa le kyste vers sa base avec un fil plat, et soulevant ensuite le fil excisa franchement la muqueuse derrière lui. Je disséqui ensuite la pièce avec beaucoup d'attention, et il fut facile de retrouver derrière la tumeur le conduit de Warthon bien isolé.

M. Larrey. Il me semble, messieurs, que nous revenons sur une discussion qui a déjà eu lieu au sein de la Société, et que jusqu'à présent aucun élément nouveau ne s'est fait jour.

M. Richet. Je crois que l'observation générale de notre honorable collègue M. Denonvilliers n'est pas tout à fait exacte en ce qui regarde la difficulté de cicatrisation des fistules salivaires et la tendance opposée qu'on remarque dans les dilatations du conduit de Warthon.

Dans le fait que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société par l'organe de M. Forget, la ponction faite à la tumeur d'après les idées qui avaient conduit M. Denonvilliers à faire sa remarque,

c'est-à-dire dans le but d'établir une fistule, avait échoué deux fois. Il est vrai que dans la première opération la fistule se maintint pendant une année entière; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle se referma et qu'elle nécessita une nouvelle ponction.

Si en général les fistules ont de la peine à se fermer, il faut néanmoins convenir qu'un assez grand nombre se ferment seules, témoin les fistules *urinaires*.

M. Denonvilliers. Je crois que, dans l'observation de M. Richet, il s'est passé quelque chose d'analogue à ce qu'a mentionné M. Follin.

M. Richet. Je ne pense pas qu'il ait été possible, dans le fait que j'ai cité, d'avoir lésé le conduit de Warthon, attendu qu'il était tout à fait dans le fond du kyste et non sur la paroi qui fut le siége de l'opération; je m'en assurai pendant la vie en abstergeant avec de la charpie le liquide qui sortait du fond du kyste lorsqu'on pressait la glande sous-maxillaire, et la preuve la plus certaine est la dissection que j'ai faite après la mort.

Après cette discussion, l'adoption des conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

Sur la proposition de plusieurs membres, le rapport de M. Forget est renvoyé au comité de publication.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

## *Séance du* 18 *novembre* 1852.

### Présidence de M. Guersant.

M. le docteur Lesauvage, de Caen, assiste à la séance.

### Correspondance.

M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

Ouvrages adressés à la Société :

Le n° 9 du tome VII du *Bulletin des séances de la Société nationale et centrale d'agriculture;*

Le *Compte-rendu des travaux de cette Société* fait par M. Payen, secrétaire général, dans la séance annuelle du 25 avril 1852.

Des remerciments seront adressés à la Société.

**Présentation de malades.**

M. Robert présente un jeune enfant qu'il a opéré d'un bec-de-lièvre assez compliqué et pour lequel il a employé avec avantage un ingénieux appareil de compression imaginé par M. Ferdinand Martin.

La discussion de ce fait aura lieu lorsque M. Robert aura communiqué l'observation dans tous ses détails.

— M. le président, après cette communication, met aux voix les conclusions du rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. le docteur Jarjavay, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

M. le docteur Jarjavay, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

**Sur les déplacements du calcanéum et du scaphoïde par rapport à l'astragale.**

M. Broca termine la lecture de son *Mémoire sur les luxations sous-astragaliennes.*

Voici le résumé de ce travail :

Dans ces luxations, l'astragale conserve ses rapports avec les os de la jambe, pendant que le calcanéum et le scaphoïde, ensemble ou isolément, se déplacent au-dessous de lui.

Les luxations sous-astragaliennes sont assez généralement confondues avec les luxations de l'astragale. Afin d'éviter à l'avenir toute confusion à cet égard, l'auteur propose pour les luxations nombreuses de la région du cou-de-pied la classification et les dénominations suivantes :

1° Les *luxations tibio-tarsiennes*, ou luxations du pied, sur lesquelles tout le monde est d'accord ;

2° Les *luxations sous-astragaliennes*, dont la définition a été donnée plus haut ;

3° Les *luxations médio-tarsiennes*, qui affectent l'articulation dite de Chopart, et dans lesquelles le calcanéum et l'astragale conservent leurs rapports entre eux et avec la jambe ; tandis que le

scaphoïde et le cuboïde, ensemble ou isolément, subissent un déplacement variable;

4° Enfin, les *luxations proprement dites de l'astragale*, dans lesquelles cet os perd simultanément ses rapports avec les quatre os au milieu desquels il est emboîté.

Les matériaux que l'auteur a rassemblés lui permettront de décrire prochainement les luxations médio-tarsiennes et les luxations de l'astragale. Il ne s'occupera aujourd'hui que des luxations sous-astragaliennes.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent être *partielles* ou *totales*. Totales, lorsque le calcanéum et le scaphoïde se déplacent simultanément en conservant leurs rapports réciproques ; partielles, lorsqu'un de ces os se déplace seul.

1° Les *luxations partielles*, suivant les auteurs, sont au nombre de deux : la *luxation du scaphoïde seul* et celle du *calcanéum seul*.

La luxation du scaphoïde seul trouvera mieux sa place dans le chapitre des luxations médio-tarsiennes et ne sera pas étudiée ici.

Les luxations du calcanéum seul ont été décrites par un grand nombre d'auteurs, et on en a admis plusieurs variétés. Toutefois, l'anatomie indique que ces luxations sont presque impossibles. L'énorme résistance des ligaments calcanéo-scaphoïdo-cuboïdiens ne permet guère de comprendre que le calcanéum puisse se déplacer sans entraîner avec lui le scaphoïde, qui n'est uni à l'astragale que par un ligament insignifiant.

Pour admettre comme réelle une luxation qui brave les explications anatomiques, il faut des témoignages sérieux ou des observations concluantes. Or, suivant M. Broca, ces deux conditions manquent ici.

Prenant d'abord la question au point de vue historique, l'auteur démontre par des textes nombreux et précis que la luxation du calcanéum s'est introduite accidentellement dans la science par suite d'une erreur de mots et d'une confusion d'autant plus regrettable qu'elle a été commise par l'illustre A. Paré. Admise sans preuve pendant près de deux siècles et rejetée plus tard sous un prétexte erroné, cette luxation a reparu dans les traités classiques de notre époque. L'analyse des documents historiques permet donc de croire que la description qui en a été donnée est entièrement idéale.

L'auteur cherche, toutefois, s'il n'existerait pas dans la science des faits propres à établir la réalité du déplacement isolé du calcanéum. Trois faits seulement ont été invoqués par les modernes : l'un, cité en passant par M. Chélius, n'est accompagné d'aucun détail; l'autre, rapporté par M. Rognetta, n'a pas été contrôlé par l'autopsie; le troisième, emprunté à M. Hancock, repose sur l'inspection d'une pièce sèche qui n'a pas été décrite à l'état frais. Tous trois, enfin, sont relatifs à des malades qui avaient longtemps survécu à une luxation non réduite et qui avaient continué à marcher sur leur pied blessé, de telle sorte qu'on ne peut savoir si le déplacement observé était primitif ou s'il n'était pas en partie consécutif.

Ces faits n'ont donc aucune valeur, et M. Broca pense que, dans l'état actuel des choses, il ne serait pas prudent d'admettre et surtout de décrire la luxation du calcanéum.

2° Les *luxations sous-astragaliennes totales* sont, au contraire, très réelles et ne sont même pas extrêmement rares. Par un singulier contraste, elles n'ont été indiquées que par un très petit nombre d'auteurs; tandis que les luxations du calcanéum, qui pourtant n'existent pas, sont au contraire décrites partout.

En laissant de côté toutes les observations qui ne sont pas parfaitement démonstratives, M. Broca a rassemblé 21 faits qui ont été publiés sous le nom de luxation de l'astragale et qui cependant se rapportent à la luxation sous-astragalienne. L'analyse de ces faits lui permet d'en donner une description méthodique.

Les luxations sous-astragaliennes peuvent se faire suivant trois directions différentes : en arrière, en dedans ou en dehors.

*a.* La *luxation en arrière* n'est établie que par une seule observation; mais ce fait, observé par les plus habiles chirurgiens de Dublin, sur un célèbre malade, qui n'était autre que le professeur Carmichael, est accompagné de détails tellement précis qu'il ne reste dans l'esprit aucun doute sur la nature de l'accident. Dans ce déplacement, la saillie du talon est allongée et le dos du pied diminue de longueur. Le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, se rapprochent des orteils. La tête de l'astragale repose sur la face dorsale du scaphoïde et des deux premiers cunéiformes.

*b.* Les *luxations latérales* doivent être désignées non pas d'après la position de l'astragale, mais bien d'après la situation nouvelle

du calcanéum et du scaphoïde. Dans la luxation *en dedans*, le calcanéum se porte en dedans et l'astragale fait saillie *en dehors;* le contraire a lieu dans la luxation en dehors.

La luxation latérale externe paraît plus fréquente que l'interne. Sur 18 cas dans lesquels la direction du déplacement est indiquée, le déplacement avait lieu douze fois en dehors et six fois en dedans.

Les causes de ces luxations sont tantôt directes, comme le passage d'un corps lourd sur le pied, tantôt indirectes, comme une chute dans laquelle le pied porte à faux sur le sol.

Lorsque la cause est directe, le mécanisme n'est soumis à aucune règle et varie avec la nature de l'accident. Lorsqu'elle est indirecte, le déplacement résulte le plus souvent d'un mouvement forcé d'adduction ou d'abduction joint au poids du corps pendant une chute. Interrogeant successivement l'anatomie et les détails étiologiques ou séméiologiques contenus dans les observations, l'auteur arrive à cette conséquence que la luxation en dehors se produit en général dans l'abduction forcée, et la luxation en dedans dans l'adduction forcée.

Le ligament interosseux astragalo-calcanéen est constamment rompu en totalité ou en partie. Lorsque la rupture n'est que partielle, ce sont toujours les fibres les plus externes qui résistent. Les ligaments péronéo-calcanéen et tibio-calcanéen, qui font partie des ligaments latéraux externes de l'article tibio-tarsien, cèdent aussi; l'un d'eux est toujours rompu, et le plus souvent ils le sont l'un et l'autre.

Les tendons, les vaisseaux, les nerfs et la peau subissent des tiraillements considérables et sont souvent déchirés. Ces lésions des parties environnantes ont toujours lieu au niveau de la tête de l'astragale.

Dans la *luxation en dedans*, la tête de l'astragale fait saillie sur la partie externe du dos du pied, en dehors des tendons extenseurs et des vaisseaux tibiaux antérieurs. Lorsqu'il y a une plaie, elle est située à ce niveau. Les tendons extenseurs peuvent être rompus ou simplement refoulés; l'artère tibiale antérieure est quelquefois divisée.

Le pied est presque toujours porté dans une adduction permanente, les orteils en dedans, le talon en dehors; le bord externe

touche le sol, le bord interne est élevé, ce qui reproduit jusqu'à un certain point la forme du pied bot varus.

Dans la *luxation en dehors*, la tête de l'astragale fait saillie sur le bord interne du pied tantôt au niveau du scaphoïde, tantôt un peu en arrière. Elle refoule le tendon du jambier postérieur, le déchire parfois et plus souvent le rejette en bas ou en haut. Dans ce dernier cas, le col de l'astragale est pour ainsi dire étranglé entre ce tendon et le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur; de telle sorte que la ténotomie est quelquefois indispensable, soit pour obtenir la réduction, soit pour parvenir à extraire l'astragale. Lorsqu'il y a une plaie, elle est située au-dessous et en avant de la malléole interne; l'artère tibiale postérieure est fréquemment déchirée.

Il y a deux degrés dans la luxation en dehors. Au premier degré, le calcanéum est encore situé en partie au-dessous de l'astragale; le membre n'est pas raccourci. Le pied est en abduction forcée, quelquefois même il est tout à fait transversal; le bord interne repose sur le sol, le bord externe est fortement élevé. Au deuxième degré, le calcanéum déborde entièrement l'astragale et remonte le long du bord externe du péroné; il y a un raccourcissement considérable; le tibia, le péroné et l'astragale, unis ensemble, font une saillie de deux à trois pouces à travers une plaie constante située sur le bord interne du pied.

La forme du pied, l'inspection directe des os lorsqu'il y a une plaie, et surtout la conservation des rapports normaux entre la tête de l'astragale et les deux malléoles permettent d'établir le diagnostic des luxations sous-astragaliennes. Un peu moins graves que les luxations proprement dites de l'astragale, elles se prêtent plus souvent à la réduction; mais elles sont parfois irréductibles; en pareil cas, s'il y a une plaie, l'extraction de l'astragale est indiquée; mais, s'il n'y a pas de plaie, il vaut mieux attendre et surveiller le développement des accidents.

Ce mémoire est renvoyé à la commission chargée d'examiner d'autres travaux de M. Broca.

### Éléphantiasis du prépuce.

M. Vidal (de Cassis), au nom de M. le docteur Goyrand, d'Aix, communique une observation fort curieuse d'éléphantiasis du pré-

puce; l'opération qui fut pratiquée pour remédier à cette infirmité fut suivie d'un plein succès.

M. Larrey considère l'observation de M. Goyrand comme offrant le plus grand intérêt non-seulement par elle-même ou par le développement énorme de la tumeur et par l'opération habile, heureuse qu'elle a nécessitée, mais encore par l'origine et le siége de cet éléphantiasis.

C'est d'ordinaire aux dépens du scrotum que les maladies de cette nature ont été rencontrées, tandis qu'aux dépens du prépuce c'est exceptionnel. Ainsi quelques faits signalés par d'anciens auteurs, l'observation publiée par Imbert Delonnes, différents cas rapportés dans la *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient*, les remarques faites par Alard dans son livre sur les *maladies du système lymphatique*, l'opération pratiquée par Delpech, l'histoire écrite par Clot-Bey à propos d'une opération analogue faite par lui en Egypte, d'autres faits encore et ceux même qui ont été communiqués à la Société de chirurgie sont autant d'exemples d'éléphantiasis du scrotum et non du prépuce, bien qu'il paraisse difficile que l'une de ces parties soit aussi considérablement hypertrophiée à l'exclusion de l'autre.

Les réflexions qui suivent l'exposé de ce cas extraordinaire mériteraient de la part de notre honorable correspondant d'Aix quelques développements propres à fixer l'état actuel de la science sur l'étiologie des faits du même genre; et je proposerais alors, ajoute M. Larrey, de renvoyer l'intéressant travail de M. Goyrand au comité de publication pour l'insérer dans les *Mémoires* avec un dessin linéaire de la tumeur éléphantiaque.

M. Vidal. De tous les faits qui me sont connus, celui qui présente le plus d'analogie est celui qui a été communiqué au sein de la Société par notre honorable collègue M. Rigal (de Gaillac).

M. Giraldès dit que les faits de ce genre sont généralement rares; mais que, dans le livre de Titley sur les maladies des organes génitaux, il en existe cependant des exemples.

— A cinq heures et demie, la Société se réunit en comité secret.

*Le secrétaire de la société*, Marjolin.

## *Séance du 24 novembre 1852.*

**Présidence de M. Guersant.**

### Amputation sous-astragalienne pour une nécrose du calcanéum gauche.

M. Nélaton présente un jeune malade âgé de seize ans, sur lequel il a pratiqué au mois de mars 1852 l'opération indiquée. (L'observation complète de ce cas a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 22 mai 1852.)

M. Nélaton pense que, dans le cas dont il s'agit, cette opération offre plus d'avantages que l'amputation sus-malléolaire. Le procédé qu'il a suivi, et qui se rapproche beaucoup de celui de M. J. Roux, de Toulon, permet d'appliquer la peau du talon sur la face inférieure de l'astragale; plus tard, ce lambeau formant un coussinet solide, le malade peut, en marchant, s'appuyer sans crainte. Un autre avantage, c'est que, de cette façon, on n'a que très peu de raccourcissement (2 centimètres); il est alors facile, lorsque le malade porte une bottine à talon élevé, de marcher sans boiter. Chez ce jeune homme, la réunion du lambeau s'était faite par première intention; mais il resta deux fistules qui persistèrent pendant quatre mois: la guérison n'est complète que depuis la fin d'août.

### Correspondance.

M. le professeur Grimm, de Berlin, associé étranger, adresse à la Société une lettre de remerciments.

Cette lettre sera déposée aux archives.

— M. Charrière fils adresse à la Société un scarificateur urétrotome pouvant agir à la fois d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Des remercîments sont adressés à M. Charrière, et l'instrument renvoyé à une commission composée de MM. Monod, Michon, Robert.

— M. Gerdy fait hommage à la Société du second volume de son *Traité de chirurgie pratique*. Ce volume renferme des recherches

nouvelles sur les inflammations, les diathèses purulentes, les gangrènes, les brûlures, les froidures, les plaies par arme à feu.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Gerdy au nom de la Société.

**Des productions fibro-plastiques accidentelles et des tumeurs fibro-plastiques.**

M. LEBERT lit sous ce titre la première partie d'un mémoire dont le but est de compléter et de rectifier sur quelques points ses précédentes recherches.

Mon opinion fondamentale sur les tumeurs fibro-plastiques, dit M. Lebert, est encore aujourd'hui que c'est un tissu *non cancéreux*, mais une maladie qui dans certaines circonstances, bien loin d'être bénigne, peut entraîner les conséquences les plus graves. L'un des objets de ce travail est précisément de démontrer quelles sont les limites et les conditions de cette malignité et qu'en aucun cas celle-ci n'autorise à identifier ces productions avec le cancer.

L'auteur admet trois tissus fibro-plastiques identiques de structure, mais différents sous le rapport de la formation, du pronostic et de la thérapeutique. Ces trois groupes sont :

1° Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire;

2° L'hypertrophie fibro-plastique;

3° La formation fibro-plastique autogène et essentielle.

Dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques autogènes, il y a encore bien des sous-divisions à établir, dont les unes se rapportent au groupement des éléments anatomiques, à l'aspect des tissus, les autres à la marche clinique différentielle, etc.

M. Lebert définit les tumeurs fibro-plastiques essentielles de la manière suivante : tumeurs composées d'un tissu qui existe à l'état normal dans l'économie et qui n'est autre chose que du tissu cellulaire ou fibreux incomplétement développé et en voie de formation. Ces tumeurs constituent une maladie *ordinairement locale* qui, dans quelques-unes de ses formes, a une tendance à récidiver sur place, et qui, dans des cas exceptionnels, peut se généraliser dans l'économie tout entière, comme du reste beaucoup d'autres maladies qui dans le principe sont essentiellement locales.

Quant à la division anatomique, M. Lebert distingue trois groupes principaux :

*a.* Des tumeurs molles, lobulées, d'un jaune rosé, passablement vasculaires;

*b.* Des tumeurs plutôt homogènes, d'un jaune pâle ou d'un jaune rougeâtre se rapprochant de la couleur de la chair;

*c.* Des tumeurs dans lesquelles la gangue intermédiaire entre les cellules, les fuseaux et les fibres est constituée par une masse abondante d'une substance demi-transparente, gélatiniforme, constituant la variété fibro-gélatineuse de ce tissu.

En jetant un coup d'œil sur les différences selon le siége, on arrive avant tout, en commençant par la surface, à ce groupe si curieux de ces tumeurs fibro-plastiques de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané qu'Alibert a désignées sous le nom de kéloïdes. Ces tumeurs montrent une grande opiniâtreté dans leur reproduction locale sans offrir de tendance à la généralisation.

Les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées profondes se rencontrent de préférence sur les membres, plus rarement sur le tronc. Dans quelques régions, dans la cuisse surtout, elles ont une tendance très prononcée à atteindre un grand volume. Dans les organes plus profonds, leur marche est plus variable. On rencontre parmi les tumeurs fibro-plastiques des organes internes un groupe naturel des plus curieux, celui des tumeurs des méninges, qui, tout en comprimant et en déprimant le cerveau, ne font presque jamais corps avec lui, offrent une structure lobulée particulière, et présentent cela de particulier, qu'arrivant ordinairement au terme naturel de leur développement, tant comme tumeur que comme maladie, on les trouve cependant uniques dans l'économie, par conséquent sans infection locale et sans action toxique ou infectante sur l'économie.

Les tumeurs fibro-plastiques du système osseux forment aussi un groupe à part. M. Lebert ne leur a vu jusqu'à présent qu'une seule fois une tendance à la généralisation; mais dans un certain nombre de cas elles n'ont pas moins une marche fort grave, leur diffusion locale s'irradiant, souvent au loin dans les portions profondes et cachées du périoste et de l'endoste. Aussi ne parvient-on en pareil cas à garantir la vie des malades qu'en faisant des opérations suffisamment étendues, et en enlevant au delà des parties même soupçonnées malades.

M. Lebert a observé enfin des tumeurs fibro-plastiques sur di-

verses espèces d'animaux domestiques; elles offraient les mêmes caractères à peu près que chez l'homme, tant comme tissu que comme maladie essentiellement locale.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire, pour comparer ensuite l'hypertrophie fibro-plastique aux tumeurs autogènes de ce genre.

Voici les principaux caractères qu'il assigne au premier de ces tissus.

*Tumeurs fibro-plastiques d'origine inflammatoire.* — Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une espèce de passage intéressant entre la formation d'un tissu nouveau, à laquelle la gêne circulatoire phlegmasique a donné l'impulsion, et celle d'un tissu en tout point normal que nous voyons si souvent naître sans trouble de la circulation capillaire par suite d'une modification primitive et essentielle de la nutrition locale. Cependant une différence bien profonde existe entre ces deux modes d'origine différents d'un tissu en tout semblable. C'est le fait que le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire a une tendance prononcée à la transformation fibroïde définitive, à son atrophie propre, à sa disparition presque complète, tandis que le tissu fibro-plastique, lorsqu'il est d'origine autogène, tend au contraire à s'accoître continuellement. En un mot, le produit inflammatoire tend à *être cicatrice*, tandis que le même produit, d'origine spontanée, tend à prendre de plus en plus un développement indépendant et à *former tumeur.*

Ce tissu, d'origine phlegmasique, se rencontre de préférence lorsqu'un travail inflammatoire se prolonge ou lorsqu'il y a un travail réparateur à faire. On le retrouve dans cette substance jaune et lardacée qui double extérieurement la membrane synoviale dans les tumeurs blanches. On le rencontre dans ce tissu rouge, mou et fongueux qui entoure et revêt les fistules.

Dans les plaies, on rencontre tantôt de véritables tissus fibro-plastiques comme base et gangue des vaisseaux qui constituent les bourgeons charnus, tantôt un blastème simplement coagulé de pus englobant une grande quantité de cellules purulentes. Il a paru à l'auteur que la composition fibro-plastique des bourgeons charnus coïncidait plutôt avec les suppurations prolongées qui ne tendaient que lentement vers la cicatrisation. On a vu aussi appa-

raître le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire autour des tubercules qui infiltrent une partie de l'épididyme ou du testicule. Il y a enfin une dernière circonstance dans laquelle on rencontre ce tissu d'origine inflammatoire avec tous ses caractères, c'est à la base dermatique du chancre induré.

L'auteur passe ensuite à l'étude des tumeurs fibro-plastiques hypertrophiques et autogènes, il commence par la description des caractères communs aux deux formes d'origine différentielle.

— A cinq heures la Société se réunit en comité secret.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

## *Séance du* 1er *décembre* 1852.

### Présidence de M. GUERSANT.

M. Diday, chirurgien des hôpitaux de Lyon, assiste à la séance.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

### Correspondance.

M. le Dr Duval, membre de l'Académie de médecine, fait hommage à la Société d'un mémoire sur les accidents qui accompagnent l'extraction des dents.

M. LARREY est chargé de rendre compte de ce travail.

—M. LEBERT continue la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

### Caractères physiques des tumeurs fibro-plastiques.

On pourrait être étonné de rencontrer des tumeurs fibro-plastiques dans des conditions en apparence fort différentes. On cessera d'en être frappé en réfléchissant que le tissu fibro-plastique n'est qu'une variété transitoire du tissu cellulaire ou connectif, qui est le plus répandu dans l'économie.

La forme de ces tumeurs est arrondie, lisse ou lobulée, quelquefois aplatie, lorsque quelque obstacle s'oppose à leur développement, comme dans les méninges, ou même, sans cela, dans certaines régions, lorsque, par exemple, quelque élément sphé-

roïde de la peau subit un travail hypertrophique. Si ce travail se fait dans une glande, la tumeur présente la forme exagérée de celle-ci. Dans la kéloïde, qui est tout entièrement composée de tissu fibro-plastique, on rencontre tantôt des tumeurs uniques et plus volumineuses, tantôt des tumeurs multiples sur les mêmes régions. En général, elles sont libres, sans adhérence pédiculée avec le voisinage. Mais on les rencontre presque pédiculées dans les membranes du cerveau, au moins avec une attache circonscrite. Elles sont sessiles tout à fait lorsqu'elles proviennent de l'os.

Ces tumeurs sont susceptibles d'acquérir un grand volume, surtout dans les membres et dans certains organes glandulaires qui ont subi l'hypertrophie fibro-plastique, comme par exemple dans les glandes lymphatiques, dans la parotide et dans la mamelle. Elles atteignent leur maximum dans la cuisse et à l'origine des membres, savoir : le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte. Lorsque le tissu fibroïde gélatineux, qui en constitue une des principales variétés, existe en abondance, ces tumeurs présentent surtout la tendance à être très volumineuses.

Parmi les tumeurs de ce genre qui ont un volume moyen, nous citerons, en général, celles qui proviennent du périoste, auxquelles j'ajouterai deux faits, dont l'un a rapport à une tumeur du col utérin que j'ai extirpée, et l'autre à une tumeur que j'ai enlevée à la partie inférieure de la jambe. Nous notons enfin, parmi les tumeurs de petite dimension tout à fait, le volume d'une fève, d'une noisette, d'une plaque de la largeur d'une pièce de cinq francs dans des productions de ce genre qui naissent à la surface de la peau, à la superficie de la conjonctive, dans l'œil, dans le conduit auditif.

La consistance des tumeurs fibro-plastiques est élastique, molle, et même d'une fluctuation trompeuse ou plus ferme, et semblable à celle des tumeurs fibreuses; elle peut être celle de l'os si beaucoup de tissu osseux se trouve dans son intérieur, dans les cas où la maladie prend naissance dans le périoste. En général, ces tumeurs sont mobiles par rapport aux parties ambiantes, surtout si elles sont situées sur le trajet des membres ou dans des glandes; elles sont plutôt sessiles si elles sont formées dans la peau ou sur le trajet des os. Leur enveloppe est fibro-celluleuse, quelquefois fibreuse. Nous l'avons vue plusieurs fois conservée à travers des ulcérations superficielles qui étaient nées d'une simple distension mé-

canique des téguments. Du reste, l'ulcération a à peine existé dans un douzième des observations. Ainsi, ces tumeurs ont peu de tendance à ces terminaisons.

L'aspect du tissu fibro-plastique à l'œil nu peut se présenter sous plusieurs formes types. La plus commune est cellu d'un tissu homogène, d'un jaune pâle, blanchâtre, qui ressemble tout à fait à une tumeur fibreuse, à part la consistance moindre. Le tissu peut être mêlé d'une substance gélatineuse demi-transparente, ce qui donne alors à l'ensemble de la substance une coloration d'un jaune pâle, verdâtre, et une espèce de demi-transparence. La vascularité, dans cette forme, est peu considérable; cependant elle peut l'être davantage par places, et donner lieu alors même à des ruptures vasculaires ou à des épanchements sanguins.

Lorsque la vascularité est généralement plus abondante, le tissu prend une nuance rosée ou même rouge, d'aspect charnu. En pressant et en grattant ce tissu, on n'obtient qu'un suc clair et transparent.

La seconde forme type du tissu fibro-plastique offre en tout les caractères de la précédente; seulement, au lieu d'être lisse et homogène, elle offre une disposition inégale; et, selon le volume de ses inégalités, un aspect grenu, lobulé et même bosselé.

Lorsqu'au lieu d'avoir de grandes divisions, le tissu est réparti en granulations fines, on enlève par le grattage un suc qui, au premier abord, paraît trouble, parce qu'il tient en suspension une multitude de granulations; c'est un suc grumeleux et non trouble. Cependant ce dernier caractère, quoique exceptionnel, peut exister comme dans toute espèce d'émulsion d'éléments cellulaires. La vascularité est plus forte dans le tissu fibro-plastique lobulé que dans le tissu lisse. Le mélange avec le tissu demi-transparent y existe aussi bien que dans la forme homogène.

A côté de ces types, on rencontre quelques modifications dues à des altérations de ce tissu : telles sont l'infiltration purulente ou même des abcès, l'aspect d'un jaune terne semblable à de la matière tuberculeuse, que j'appelle phymatoïde, et qui est dû à un desséchement avec altération grasse des cellules. Des concrétions calcaires y sont généralement un résidu de l'hémorrhagie. Nous notons des réseaux osseux dans l'ostéosarcome fibroïde. Des kystes superficiels ou profonds, à contenu séreux ou sanguin, y ont été

constatés plusieurs fois par nous. Nous ajouterons enfin que nous avons rencontré des tumeurs mixtes dans lesquelles le tissu fibro-plastique n'était qu'accessoire. Telles étaient plusieurs tumeurs adipeuses, cartilagineuses, cancéreuses que nous avons observées.

*Examen microscopique.*

La variété de texture dans ces tumeurs, répond plutôt au groupement des derniers éléments qu'à des différences essentielles de ceux-ci ; et nous avons, au contraire, un point de départ anatomique fixe qui fait mieux comprendre la connexion de ces produits, malgré leur physionomie variée. Voici les principaux éléments : les cellules fibro-plastiques sont arrondies, sphériques ou ovoïdes, allongées ou irrégulières, généralement assez plates. Plus elles sont jeunes, plus la membrane d'enveloppe est pour ainsi dire accolée à la surface du noyau. Elles ont en moyenne une dimension de 1/100e à 1/60e de millim. La paroi cellulaire est pâle, homogène, peu grumeleuse. On rencontre un ou deux noyaux dans leur intérieur ; cependant une variété de ces cellules désignée comme cellules mères, renferme un grand nombre de ces noyaux. Ceux-ci ont en moyenne 1/200e à 1/140e de millim. de largeur ; ils sont ronds dans le principe, mais plus tard ils sont ovoïdes, et peuvent même s'allonger considérablement, au point d'atteindre jusqu'à 1/140e de millim. de longueur. Ces noyaux sont généralement plats, et renferment un ou deux noyaux ponctiformes. Dans les cas rares d'infection fibro-plastique, on trouve une grande richesse en cellules.

Les corps fusiformes si caractéristiques pour ce genre de tumeurs constituent pour ainsi dire l'intermédiaire entre la cellule et la fibre. Ils sont allongés et se terminent dans la plupart du temps des deux côtés par une espèce de prolongement très effilé, quelquefois divisé. Leur largeur moyenne est de 1/130e de millim. Cependant, ils peuvent atteindre 1/100e, mais leur longueur est quelquefois très considérable, de 1/40e de millim. en moyenne, allant à 1/20e et même à 1/10e. Il n'est pas rare de rencontrer le tissu fibro-plastique entièrement composé de ces fuseaux, ce qui nous a fait donner à cette variété le nom de tissu fusiforme. On trouve enfin, microscopiquement parlant, aussi bien qu'à l'œil nu, tous les passages au véritable tissu fibreux.

Outre ces cellules simples et les corps fusiformes, on rencontre de grands feuillets ou des cellules mères variant entre 1/33e et 1/12e de millim., et renfermant un certain nombre de noyaux, dont quelques-uns peuvent même être entourés de leurs parois cellulaires au dedans de la cellule principale. Ces grandes cellules sont quelquefois comme enroulées de fuseaux, et ces amas bien délimités constituent ce que j'appelle des globes concentriques fibro-plastiques, qui même par la suite peuvent subir plusieurs altérations : la séparation en anneaux épais avec des espaces vides entre eux, une altération granuleuse particulière, une décomposition en vertu de laquelle des petites sphères albuminoïdes et transparentes se forment dans leur intérieur. Les cellules et les fuseaux fibro-plastiques ordinaires subissent souvent aussi l'infiltration granulo-graisseuse comme toute espèce de cellules.

La substance gélatineuse des tumeurs fibro-plastiques est sous le microscope à peu près transparente et parsemée de fibres fines, ainsi que de noyaux cellulaires. Les éléments graisseux libres sont étonnamment rares dans toutes ces tumeurs. A leur surface, on rencontre quelquefois la couche épithéliale de la région correspondante; on voit, enfin, dans leur intérieur les éléments microscopiques de l'os, si ce tissu a été constaté à la dissection ordinaire.

Les rapports des tumeurs fibro-plastiques avec les tissus voisins sont ceux d'adhérences cellulaires lâches dans les parties molles, tandis que ce sont de véritables excroissances dans l'os. Comme toute espèce de tumeur, elles font disparaître les parties voisines par absorption et par compression lorsqu'elles subissent un accroissement rapide. Une seule fois nous avons observé l'envahissement par infiltration.

Quant au siége, nous avons dans nos observations 23 cas d'hypertrophies fibro-plastiques se rapportant au derme, aux glandes lymphatiques, à la parotide, aux glandes palatines, aux glandes sébacées, au testicule, à la mamelle, à des parois de kystes, enfin. Nous possédons 7 observations de tumeurs kéloïdes, dont 2 cicatricielles et 5 spontanées, siégeant en majeure partie au tronc. Parmi les tumeurs fibro-plastiques autogènes superficielles, au nombre de 27, nous notons 5 cas à la figure et aux organes externes des sens, 4 au tronc, 4 aux membres supérieurs et le nombre considérable de 14 aux membres inférieurs.

Parmi 16 cas de tumeurs fibro-plastiques au fond des parties molles, nous notons 1 dans les bourses, 1 du col utérin, 1 dans les plèvres et 13 dans les méninges, dont 8 à la base. Nous avons observé 13 cas d'ostéosarcome fibro-plastique, parmi lesquels nous insistons sur la prédilection marquée pour les os de la face et surtout pour les mâchoires. Nos cas de pathologie comparée, enfin, se rapportent à des productions fibro-plastiques sous-cutanées, sous-muqueuses, dans les glandes et dans les os maxillaires.

Les phases de développement possibles des tumeurs fibro-plastiques sont très nombreuses et très variées; nous ne pourrons que les indiquer dans ce court résumé. Ce sont le dépôt local, l'accroissement lent et ensuite plus rapide, l'état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération et aussi dans des cas rares la gangrène.

Les deux sexes sont également disposés au développement de ces productions, qui sont répandues sur tous les âges de la vie. C'est ainsi que plus d'un tiers se trouvent jusqu'à l'âge de 35 ans, pas tout à fait un tiers après 50 ans, mais la plus grande fréquence se rencontre entre 35 et 50 ans, 23 sur 60 cas dans lesquels l'âge est noté.

La tendance aux récidives est bien plus prononcée dans ces tumeurs que dans plusieurs autres espèces de productions accidentelles homœomorphes.

### Des kystes qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire.

M. Giraldès a la parole pour la lecture d'un mémoire sur les kystes qui se développent dans la cavité du sinus maxillaire.

M. Larrey. J'ai eu occasion de voir les nombreuses préparations anatomiques de M. Giraldès sur les sinus maxillaires, et je viens d'écouter avec attention la lecture de son intéressant travail sur les kystes muqueux de ces cavités; mais je m'étonne que notre savant collègue n'ait rien dit des recherches qu'il avait pu faire dans un ouvrage digne au moins d'être cité par lui. Je veux parler du *Traité des maladies chirurgicales de la bouche* par Jourdain, qui a consacré près d'un volume entier à l'étude des maladies des sinus maxillaires.

Ce livre sans doute est loin de répondre aujourd'hui aux besoins de la science; les observations n'en sont pas complètes, ni les appréciations toujours exactes; mais au moins renferme-t-il peut-être quelques données utiles, sinon des faits analogues aux recherches spéciales faites par M. Giraldès sur les kystes muqueux des sinus maxillaires. Personne mieux que lui ne serait à même de dire, par exemple, s'il existe ou non quelque chose de notable dans les chapitres de la *Rétention du mucus*, des *Hydropisies*, des *Tumeurs lymphatiques des sinus*, etc., afin de rapprocher ou de différencier ces affections des kystes muqueux en appréciant leurs caractères anatomo-pathologiques.

M. Giraldès. Je sais que cet ouvrage renferme un certain nombre d'observations, mais elles sont si obscures qu'il m'a été impossible d'en tirer aucun parti.

Le premier mémoire de Jourdain sur les abcès du sinus maxillaire est certainement un travail qui a de la valeur; mais le reste de son ouvrage peut induire en erreur ceux qui le consulteraient.

Ainsi, je citerai parmi les faits de ce genre une observation dans laquelle il est question d'une tumeur dure élastique et qui devait sans aucun doute être un enchondrome; mais la description donnée par l'auteur ne permet pas de l'employer dans une histoire des enchondromes de la face.

La question dont je viens d'entretenir la Société n'avait pas encore été traitée, et il n'y a rien de semblable dans Jourdain. A part les pièces déposées par M. W. Adams au musée de l'hôpital Saint-Thomas, nulle part je n'ai rien trouvé de semblable.

J'ajouterai que je crois que c'est une mauvaise manière de faire de la science que de chercher à élucider une question controversée avec des observations recueillies dans les auteurs, car très souvent on emploie des matériaux mal préparés.

Comme preuve de ce que j'avance, il suffit souvent de comparer les pièces qu'on voit dans les musées avec les observations qui y ont trait. Or, dans quelques cas, il serait aisé de faire deux observations, l'une avec le fait publié, l'autre avec la pièce anatomique. Donc, traiter une question litigieuse avec des faits qu'on n'a pas vus, dont on ne connaît pas la signification, ce serait s'exposer à introduire des erreurs et fonder un édifice scientifique qui s'écroule

par la base. Je pense que, dans ces cas, on ne doit employer que les faits qu'on a pu recueillir et contrôler. Du reste, je crois que cette altération pathologique est ce qui constitue les hydropisies.

M. Michon. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Giraldès, c'est un travail tout à fait nouveau ; il y a là une description très intéressante de ces kystes, mais ce n'est que de l'anatomie pathologique. Je demanderai donc à notre honorable collègue où sont les observations sur lesquelles il a fait sa symptomatologie et son traitement ? sur quoi il s'est fondé pour dire que cette affection était très commune, tandis que nous la voyons très rarement dans la pratique? J'ajouterai si rarement, que depuis bientôt trente ans que je suis dans les hôpitaux, je n'en ai pas encore vu un cas.

Quels sont, enfin, les signes pour établir le diagnostic différentiel entre les kystes et les hydropisies du sinus maxillaire ?

M. Giraldès. Je crois que M. Michon n'a pas fait attention à un point du travail qui répond à son objection ; car j'ai dit, en terminant : si ma manière de voir se confirme, il suffirait, pour compléter ce travail, d'ajouter la symptomatologie des hydropisies du sinus à l'histoire des kystes de la même cavité. En effet, je n'ai point fait ici autre chose que de combler une lacune dans l'histoire de l'anatomie pathologique de ces maladies ; j'ai voulu attirer sur ce point l'attention des chirurgiens. Plus tard, si l'occasion se présente, il sera curieux de vérifier si cet amas de liquide qui se fait quelquefois dans le sinus maxillaire est dû à une véritable hydropisie ou au développement d'un kyste ; si c'est véritablement une hydropisie, mon travail demande alors à être complété par une étude de la symptomatologie.

M. Roux. Malgré tout le plaisir que j'ai eu à entendre l'intéressante communication de M. Giraldès, je ne puis m'empêcher de lui dire que, sous certains points, je partage l'avis de M. Michon. Ainsi, il est évident pour tous que, quel que soit le point de départ de l'affection connue sous le nom d'hydropisie du sinus maxillaire, c'est une affection des plus rares ; c'est tout au plus si je crois en avoir vu une trentaine.

Dans les premiers temps que j'étais à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu occasion d'en rencontrer un cas ; j'en fis part au professeur Sanson, qui en fut très étonné et me dit n'en jamais avoir observé.

J'ajouterai, au point de vue clinique, que jamais l'épanchement ne devient considérable sans que la paroi du sinus soit détruite, et c'est habituellement au niveau de la fosse canine; avant, elle commence par être soulevée, et enfin il se fait une ouverture circulaire. Les dents sont habituellement ou ébranlées ou tombées, et comme on ne s'aperçoit de l'affection qu'après la chute de ces dernières, elle semble succéder à leur extraction.

Dans l'hydropisie du sinus maxillaire, je crois que l'épanchement se fait à la surface interne de la membrane muqueuse; ce n'est donc pas un kyste proprement dit. Ce qui me fait pencher vers cette opinion, c'est que, lorsqu'on ouvre la tumeur, le liquide qui s'échappe a beaucoup d'analogie avec celui qu'on trouve dans les grenouillettes, et, lorsqu'on porte le doigt dans la cavité du sinus, on trouve une surface lisse, non malade; il n'y a rien d'analogue avec les tumeurs enkystées.

Je crois que la tuméfaction du sinus maxillaire est due à un amas de mucus et non de sérosité; aussi le nom d'hydropisie me paraît peu convenable pour désigner cette maladie.

Si quelque chose doit nous étonner, c'est que cette affection ne soit pas plus commune, quand on pense au peu de facilité de l'issue du liquide par l'ouverture naturelle du sinus.

Du reste, il n'y a pas que cette cavité qui puisse se dilater outre mesure; lorsque son ouverture de communication se trouve oblitérée, nous trouvons un exemple analogue dans les dilatations de la vésicule biliaire.

M. Giraldès. Je remercierai tout d'abord M. Roux des compliments affectueux qu'il a bien voulu me faire, et lui répondrai ensuite qu'il raisonne d'après des idées cliniques, sans preuve des faits qu'il avance. Ces idées, M. Roux les a reçues de ses devanciers et nous les transmet telles. Ce n'est pas là le point que j'ai eu en vue dans mon travail. J'ai examiné une grande quantité de cavités du sinus maxillaire, et dans presque toutes j'ai rencontré des kystes déterminant des dilatations comme des hydropisies. Ces dilatations ne se font pas toutes au même endroit; tantôt elles ont lieu au niveau de la voûte palatine, tantôt du côté des sinus sphénoïdaux; il y a donc là autre chose que l'hydropysie qui détruisait la paroi du sinus au niveau de la fosse canine. Je ne veux pas être

exclusif dans mon travail; mais jusqu'à preuve du contraire je persisterai dans mon opinion.

Dans les faits dont parle M. Roux, les ouvertures restent fistuleuses. C'est également ce que M. Brodie a noté; tout porte à croire qu'il y a un corps étranger, qui ne serait autre qu'un de ces kystes. Pour obtenir la guérison radicale il faudrait alors, non pas se contenter d'une simple ponction, mais bien ouvrir la cavité du sinus et la débarrasser de tous les kystes.

M. Denonvilliers. La description que M. Roux vient de nous donner de l'hydropisie peut s'appliquer à un énorme kyste. Ce que j'ai vu dans des recherches faites sur le sujet, vient à l'appui des observations de M. Giraldès. Sur la moitié des cadavres on trouve des kystes. Il n'y aurait donc rien de surprenant que les hydropisies fussent la conséquence du développement des kystes.

M. Giraldès. J'insisterai sur ce fait que, suivant l'implantation de ces kystes, la dilatation ou la déformation du sinus se fait dans des points différents; quelquefois elle n'a lieu que sur un point; d'autres fois elle a lieu dans tous les sens ; elle peut se faire au niveau des arcades dentaires aux dépens même d'une alvéole en chassant la dent.

M. Gerdy. Plus nous avançons, plus nous voyons que de simples follicules peuvent former des poches, des kystes renfermant des matières très diverses. M. Huguier a publié des faits de ce genre, et il serait bien possible que M. Giraldès eût raison. Seulement, comme M. Michon l'a observé, il faut faire la symptomatologie.

M. Morel-Lavallée. Notre collègue a cité la fréquence des kystes pour prouver que l'hydropisie du sinus maxillaire n'est autre que le développement d'un kyste. Comment se fait-il donc, d'une part, comme l'ont dit MM. Roux et Michon, que l'hydropisie du sinus maxillaire soit si rare, tandis que les kystes sont si communs ?

M. Denonvilliers. C'est qu'il est rare que les kystes arrivent à un développement considérable.

M. Giraldès. La vérité est que les kystes sont très communs, que les uns dilatent les sinus, et les autres restent inaperçus.

M. Denonvilliers. Il faut bien faire attention qu'il s'agit ici de kystes et non d'hydropisies incomplètes. Ce qui est en faveur des idées de M. Giraldès, c'est qu'on ne trouve pas de rudiment d'hy-

dropisie, tandis qu'on trouve chez presque tous les sujets des kystes de toute grosseur, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. C'est là, je crois, le début de la maladie. Si on ne s'en aperçoit pas, c'est que la compression qui agit uniformément sur les kystes les empêche de se développer, et qu'en outre ne recevant aucune excitation, ils restent à l'état latent comme les tubercules.

M. Roux. J'aurais désiré connaître l'opinion de M. Giraldès sur la nature des liquides.

M. Giraldès. C'est le même liquide que celui qu'on a décrit dans les hydropisies.

M. Morel-Lavallée. L'observation de M. Denonvilliers est juste; mais de ce qu'on n'a pas rencontré d'hydropisie partielle, il ne faut pas en conclure qu'elle n'existe pas. L'hydropisie du sinus maxillaire ne se fait pas lentement, mais très rapidement.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

## *Séance du* 8 *décembre* 1852.

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. Follin lit au nom de M. le docteur Verneuil la note suivante:

### Note sur une hydropisie du sinus maxillaire.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un jeune homme de vingt-cinq ans environ, destiné aux manœuvres opératoires. Le sinus maxillaire du côté gauche est complétement rempli par un mucus visqueux, filant, très tenace et très adhérent à la muqueuse. Ce liquide, d'un jaune sale, est transparent, sans mélange de pus; le microscope y constate une petite quantité de cellules d'épithélium cylindriques, dont les cils vibratiles ne sont plus apparents. La muqueuse est assez fortement injectée; le microscope y fait aussi découvrir bon nombre de vaisseaux. Cette membrane n'a guère augmenté d'épaisseur ; elle se dessèche avec facilité et ne présente

à sa face interne aucune production anormale; on y rencontre néanmoins des kystes folliculaires d'un volume très minime.

La muqueuse se détache facilement de l'os qu'elle revêt; celui-ci néanmoins reste, après cette ablation, recouvert encore d'une couche périostique. La cavité du sinus n'est point distendue; les os ne sont ni amincis, ni malades; la dernière molaire, ou dent de sagesse, achève son évolution, et le tissu spongieux de l'alvéole qui l'entoure paraît visiblement injecté et se laisse facilement couper. Cependant la rainure ne pénètre pas dans le sinus. L'irritation causée par la crue de cette dent n'est peut-être pas étrangère à l'hypersécrétion dont la paroi du sinus est le siége.

La muqueuse pituitaire n'est pas épaissie. On ne retrouve pas l'orifice au sinus dans le point où les auteurs le décrivent. Cet orifice, au contraire, se trouve là où M. Giraldès l'a décrit, c'est-à-dire à la partie antérieure et supérieure du sinus, immédiatement derrière le conduit nasal.

Quoique l'orifice du sinus soit resté libre et aussi large que de coutume, on comprend l'accumulation du mucus dans la cavité du sinus. Ce mucus est, en effet, si tenace, que l'on ne peut qu'à grand'peine le détacher de la muqueuse à travers une large ouverture de celle-ci et en faisant intervenir l'action d'un courant d'eau.

Le périoste extérieur se détache bien facilement de la surface de l'os maxillaire.

Cette pièce me paraît un exemple bien avéré de l'hydropisie du sinus maxillaire. En n'attachant à cette dénomination qu'une valeur médiocre, M. Giraldès, qui a examiné la pièce avec moi, n'est pas éloigné d'admettre cette opinion. Cet auteur regarde une telle lésion comme très rare. Dans tous les cas, l'hydropisie est tout à fait commençante, et paraît remonter à une époque peu éloignée, car les pièces osseuses ne sont pas encore écartées.

M. Giraldès. Tout en priant la Société d'accueillir la note de M. Verneuil et de l'insérer dans ses Bulletins, je dois ajouter que je ne partage pas son opinion, comme il le laisse supposer. La pièce dont il est question, que j'ai examinée avec soin, ne doit pas être considérée comme un exemple démontrant l'existence des hydropisies du sinus. Dans cette pièce, la cavité du sinus n'a subi aucune modification; elle est d'une petite dimension et nullement distendue; le mucus qu'on y trouve est épais, très consistant, et

je me demande s'il n'était pas contenu dans un kyste dont les parois auraient été déchirées pendant la préparation.

M. Roux. Je crois que M. Giraldès se laisse un peu trop entraîner vers un seul point de vue. Il ne faut pas oublier que, pour que la dilatation du sinus ait lieu, il faut que sa cavité soit remplie.

M. Forget. Comme le disait tout à l'heure M. Roux, je crains que, par suite de ses recherches, M. Giraldès ne veuille considérer qu'un seul point de la question. Je crois que c'est aller beaucoup trop loin que de supposer la destruction d'un kyste; c'est une hypothèse qu'on ne peut pas admettre. Dans la pièce dont parle M. Verneuil, il est très possible qu'il y ait eu là une hypersécrétion de mucus et une hydropisie en train de se former. Et après le travail très intéressant que nous a communiqué M. Giraldès, on se demande si l'existence de kystes dans la cavité du sinus n'est pas l'état normal, tandis que l'affection décrite par M. Verneuil serait l'état morbide.

M. Giraldès. Notre honorable collègue me prête une opinion que je n'ai pas avancée; il me fait dire qu'il existait un kyste dont les parois ont été absorbées; j'ai dit qu'il pouvait y avoir eu un kyste que la préparation a pu déchirer. D'ailleurs, si M. Forget avait vu la pièce, il aurait sans doute apprécié autrement les faits, et il n'aurait pas supposé que la phlogose de la membrane du sinus pouvait servir à expliquer cette accumulation de mucus. La membrane du sinus était congestionnée, mais point enflammée; il n'y avait aucune exsudation; rien donc ne permet d'avancer une telle opinion.

M. Forget. Je conçois que M. Giraldès soutienne son opinion, mais je n'en partage pas moins les doutes de M. le professeur Roux.

PRÉSENTATION DE MALADE.

**Tumeur ostéo-sarcomateuse de la partie postérieure et supérieure de l'os iliaque droit.**

M. Huguier présente la nommée Eugénie-Florence Nezondet, âgée de quarante-cinq ans, journalière, demeurant à la gendarmerie de Puteaux, née à Laval-Saint-Germain (Seine-et-Marne), mariée à Charles Denis, entrée le 8 décembre 1852 à Beaujon.

Son père avait toujours joui d'une bonne santé, quand il fut

pris d'une ascite, pour laquelle on fit une ponction. Il mourut après deux ans de souffrances, âgé de soixante ans.

La mère succomba à cinquante-six ans, après onze jours de maladie. Pendant ses derniers instants elle toussait beaucoup et expectorait des crachats d'une couleur rouge-jaunâtre.

Notre malade n'a eu qu'un frère, qui est son jumeau ; il est cependant vigoureusement constitué; il a été soldat et n'a jamais été malade.

Elle a eu deux enfants, l'un à l'âge de vingt-six ans, l'autre à trente-cinq ans ; tous deux sont bien conformés et bien portants.

Cette femme est d'une taille au-dessus de la moyenne ; elle paraît douée d'une forte constitution ; ses muscles sont très développés; elle ne manque pas d'embonpoint ; elle semble avoir un tempérament sanguin ; elle a les cheveux et les yeux bruns, la face très colorée. Elle naquit à Laval, pays sain, bien situé, où elle fut allaitée par sa mère et sevrée seulement à l'âge de dix-huit mois. A l'âge de dix ans, elle fut atteinte de la rougeole, et à dix-sept ans de la variole. Elle ne se rappelle pas avoir eu la scarlatine.

Depuis cette époque, elle a eu une nourriture presque exclusivement végétale ; elle ne mangeait pas de viande plus d'une fois par semaine, menait une vie très active.

Jamais elle n'a eu aucun symptôme de maladie scrofuleuse ; elle ne porte autour du cou, ni ailleurs, aucune cicatrice qui puisse le faire supposer.

Jamais elle n'a fait d'excès alcooliques. A dix-neuf ans, elle eut une fièvre continue, qui dura deux mois et s'accompagna de sécheresse des dents et de la langue. Après cette maladie, que son médecin regarda comme étant une fièvre typhoïde, elle perdit tous ses cheveux.

Les règles apparurent pour la première fois et sans difficulté à l'âge de vingt ans ; elles furent toujours régulières, mais peu abondantes : le sang était très rouge.

Elle n'a jamais eu de leucorrhée.

Elle affirme avec beaucoup d'assurance n'avoir jamais été atteinte de syphilis ; du reste, on ne trouve ni aux aines, ni ailleurs de cicatrices qui puissent donner lieu à des soupçons.

Elle se maria à l'âge de vingt-cinq ans.

Elle devint enceinte pour la première fois à vingt-six ans. Au

sixième mois de cette grossesse, sans cause connue, il lui survint une tumeur au-devant du cou, à deux pouces au-dessus de la fourchette sternale. En moins de deux mois, cette grosseur acquit le volume d'un œuf de poule; elle était peu mobile, douloureuse au toucher; la peau qui la recouvrait était saine; elle rendait la phonation, la déglutition et surtout les mouvements du cou douloureux. La respiration était libre et la voix non altérée. Cette tumeur était le siége d'élancements spontanés qui, à deux reprises, se sont terminés par l'ouverture d'un abcès dans l'œsophage; alors la malade vomissait environ deux cuillerées à bouche d'un pus verdâtre et fétide; la grosseur s'affaissait, mais ne se vidait pas complétement.

Avant que les choses en vinssent à ce point, un médecin avait été appelé et, à deux reprises, avait fait appliquer 20 sangsues.

Cette femme souffrait ainsi depuis deux mois, quand son médecin se décida à ouvrir l'abcès avec le bistouri; bientôt une grande quantité de pus (semblable à celui que la malade avait vomi) s'échappa avec facilité, et la plaie se cicatrisa promptement.

En examinant aujourd'hui la région cervicale antérieure, on trouve une cicatrice verticale au-devant du cartilage thyroïde; mais les tissus profonds de cette région ne paraissent pas avoir subi d'altération grave. Du reste, ce qui doit le faire penser, c'est qu'il n'est pas resté le moindre trouble physiologique dans les organes qui avoisinaient la tumeur. Trois semaines après l'ouverture de l'abcès, la malade accoucha, sans difficulté et sans accident, d'un enfant à terme et vivant.

A l'âge de trente et un ans, la femme Nexondet fit une fausse couche de six mois, qui ne fut signalée par aucun incident.

Enfin, à trente-cinq ans, elle devint une troisième fois enceinte. Elle en était au deuxième mois de sa grossesse, quand, sans cause connue, elle ressentit pour la première fois des douleurs dans la fesse droite; elle y porta la main, et sentit une tumeur qui avait le volume d'un œuf. Pendant le reste de sa grossesse, la tumeur et les douleurs qui l'accompagnaient firent très peu de progrès.

Au neuvième mois eut lieu un accouchement régulier et facile, l'enfant arriva vivant; les suites de couches ne présentèrent rien d'anormal.

Mais, depuis la parturition, les douleurs sont devenues plus vi-

ves et plus fréquentes, elles ont pris le caractère lancinant; la tumeur s'est accrue plus rapidement: aussi la malade s'est-elle décidée à entrer à l'hôpital Beaujon le 8 décembre 1852.

Je l'examinai le lendemain de son arrivée. En la faisant coucher sur le ventre, on remarque que la fesse droite a un volume considérable; elle l'emporte sur la fesse gauche d'environ la moitié de la tête d'un adulte. Voici, du reste, le résultat des mensurations :

| | |
|---|---|
| Dimension verticale. . . . . | 0,29 |
| Dimension horizontale. . . . . | 0,26 |
| Proéminence de la fesse droite. . . . . | 2 cent. |
| De la crête iliaque au pli sous-fessier droit. . . | 31 |
| De la crête iliaque au pli sous-fessier gauche. . . | 27 |
| Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure droite. . . . . | 39 |
| Du sommet du coccyx à l'épine iliaque antérieure gauche. . . . . | 34 |

En cherchant à limiter le pourtour de la tumeur, on trouve que sa circonférence a environ 60 centimètres.

Le pli sous-fessier est abaissé du côté droit de près d'un centimètre et demi.

Par la palpation, on constate qu'il existe au-dessous du muscle grand fessier une tumeur qui dépasse d'environ deux centimètres son bord inférieur, et soulève surtout son insertion supérieure à la crête iliaque sans la dépasser; la tumeur ne dépasse pas non plus ses insertions sacrées, en dehors elle ne s'avance pas jusqu'au trochanter; elle est donc maintenue, pour ainsi dire, de tous côtés par les insertions du muscle grand fessier.

Si maintenant nous cherchons à constater ses caractères, nous voyons qu'elle n'a pas une dureté absolue, mais cependant qu'elle n'est pas molle (sa consistance n'a pas varié depuis son début); elle n'est pas non plus fluctuante, ni franchement élastique; elle est tellement adhérente aux os que, lorsqu'on cherche à l'ébranler, le bassin tout entier est mis en mouvement; elle est cependant un peu mobile sur elle-même. Elle n'est ni inégale, ni bosselée, ni multilobée; elle ne donne pas de sensation, de crépitation quand on la presse. Elle ne diminue pas de volume sous l'influence de la compression.

La peau qui la recouvre conserve sa température et sa couleur habituelles ; elle est parcourue par quelques veines bleuâtres et flexueuses.

La main, appliquée sur elle, ne perçoit pas de battements ; mais, avec beaucoup d'attention, on trouve qu'elle est soulevée par des battements isochrones aux pulsations artérielles.

A l'auscultation, on croit entendre des bruits de battements, surtout à la partie supérieure, là où la tumeur est recouverte par l'aponévrose seule du muscle grand fessier ; mais ces bruits sont faibles, confus et éloignés. C'est en vain que, muni d'une bougie, on cherche à trouver de la transparence ; rien, au reste, ne fait soupçonner qu'elle soit formée par un liquide.

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est normalement situé. La partie supérieure du vagin est très dilatée ; le doigt s'y promène avec facilité, mais ne peut rencontrer aucune tumeur intra-pelvienne.

Une ponction a été faite avec le trocart explorateur, et il n'est sorti que du sang bien pur.

Les douleurs que la malade éprouve sont tantôt spontanées, tantôt le résultat de divers froissements ; ainsi, la station debout, le décubitus dorsal sont très fatigants. Quant à la station assise (si la malade s'appuie sur la fesse droite), elle détermine des douleurs hypogastriques. Depuis quelques semaines seulement ces douleurs s'étendent jusque dans la cuisse et même la jambe droite.

Cependant la malade peut sans peine et à ma volonté faire exécuter à son membre inférieur droit tous les mouvements dont il est normalement susceptible.

Je puis m'assurer aussi que la sensibilité est parfaitement conservée dans ce membre. La circulation ne nous semble non plus nullement entravée ; l'artère pédieuse bat avec autant de force au pied droit qu'au pied gauche.

Il n'y a jamais eu de troubles dans les fonctions physiologiques des organes pelviens. La miction, la défécation s'accomplissent régulièrement.

Enfin la santé ne se ressent pas du développement de grave maladie ; l'appétit, le sommeil, sont bien conservés ; il n'y a pas eu jusqu'ici le moindre amaigrissement.

Si on pouvait supposer que la tumeur est due à un abcès par congestion tenant à l'altération des vertèbres, j'ajouterais que la colonne vertébrale a conservé toute sa rectitude, et qu'elle n'a jamais été le siége d'aucune douleur. Du reste, la délimitation de la tumeur, le résultat de la ponction exploratrice doivent encore éloigner de cette idée.

Jusqu'ici, pour tout traitement, on a essayé l'emploi de la pommade d'iodure de plomb; mais, comme on le pense bien, on n'en a retiré aucun avantage.

En résumé, je pense que l'on a affaire à une tumeur ostéosarcomateuse de la partie postérieure de l'os iliaque droit, avec développement anormal du système vasculaire.

Je ne crois pas que la tumeur soit formée uniquement aux dépens du périoste; mais je ne voudrais cependant pas porter une affirmation trop absolue.

D'après la profondeur du siége de la tumeur, sa nature probablement sarcomateuse, la nécessité de dénuder l'os dans une grande surface ou même d'en enlever une assez grande étendue et d'ouvrir l'articulation sacro-iliaque, je pense qu'on doit s'abstenir de toute opération; j'incline d'autant plus vers cette manière de voir, que la maladie restera encore longtemps sans retentissement sur la santé générale.

Après avoir donné ces divers renseignements, M. Huguier demande que MM. les membres de la Société examinent la malade pour lui dire si on doit respecter cette tumeur, comme c'est son avis, ou en tenter l'ablation.

M. Chassaignac. Je demanderai à notre collègue quel a été le résultat du toucher par le rectum.

M. Huguier. La tumeur est si haut placée, que je n'ai pas cru devoir faire cette exploration. Je crois, du reste, qu'il sera impossible de l'atteindre.

M. Roux. Je ne crois pas qu'une exploration par le rectum fournisse quelque renseignement utile. Je doute que la tumeur ait aucune connexion avec la symphyse sacro-iliaque. La tumeur a son siége dans la fosse iliaque externe. Provient-elle du périoste? Est-elle intermusculaire? Ce sont là des questions à éclaircir. Je crois que les connexions avec le périoste ne sont que secondaires. Je pense qu'elle siége dans le tissu cellulaire intermusculaire, qu'elle

est circonscrite et très peu mobile; malgré cela, on peut tenter son ablation.

Très probablement elle n'est aussi peu mobile que parce qu'elle siége sur une large base, et qu'elle est bridée fortement par les muscles; mais elle n'est pas aussi adhérente qu'on pourrait le croire. Quelle est sa nature, si je sacrifiais à l'entraînement du siècle, je devrais dire qu'elle est fibro-plastique; mais mon avis est qu'elle est cancéreuse, et je crains la récidive. Si je conseille l'opération, malgré toutes les difficultés qu'elle pourra présenter, c'est que la tumeur menace de faire des progrès, et que la malade est en proie à de vives souffrances.

J'ai dans ce moment dans mon service un homme qui porte au bras une tumeur qui me semble de même nature, et qui paraît avoir des connexions avec l'humérus; les vaisseaux et les nerfs du bras sont enveloppés; malgré la difficulté que présentera l'opération, pour ménager toutes les parties, je suis décidé à la faire.

M. Chassaignac. Avant de tenter la moindre opération, je crois qu'il faudra examiner avec grande attention l'os coxal de l'autre côté; car j'ai déjà eu occasion de constater ce fait, que plusieurs fois dans le cas d'ostéosarcome du bassin la maladie ne se bornait pas à un seul côté.

**Correspondance.**

M. Larrey dépose sur le bureau une observation détaillée d'otite purulente interne, qui lui a été adressée par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), ancien chirurgien militaire. (Commission : MM. Larrey, Monod, Richet.)

M. Larrey offre à la Société un ouvrage attribué à Quesnay et à Louis, intitulé : *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France.*

— M. Lebert continue la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques :

La récidive ne s'observe guère dans l'hypertrophie fibro-plastique des organes glandulaires. En déduisant tous ces cas, ainsi que ceux de pathologie comparée, il nous reste encore un cinquième de nos faits dans lesquels nous avons observé des récidives. Toutefois, dans la majorité des cas de ce groupe, la reproduction était plutôt due à une continuation de la maladie première, vu que les opérations

avaient été incomplètes ; aussi la guérison a-t-elle été plusieurs fois radicale après des extirpations plus étendues. Il reste cependant assez de faits, cinq de bien positifs, dans lesquels une récidive sur place s'est montrée opiniâtrément malgré des excisions chaque fois complètes.

Nous avons réuni tous les cas de généralisation de tumeurs fibro-plastiques qui sont venues à notre connaissance. Ils sont au nombre de six, dont la moitié ont été observés par nous-même. Ces cas démontrent qu'il peut y avoir une véritable diathèse fibro-plastique, qui, dans la période terminale de la maladie, provoque un dépôt multiple, une infection générale de ce produit morbide. Il n'est pas permis pour cela d'identifier la maladie fibro-plastique avec le cancer, vu que la structure des tumeurs multiples, dans ces cas, n'est jamais que fibro-plastique et diffère, par conséquent, du cancer. De plus, toute la pathologie clinique de la maladie fibro-plastique démontre que c'est une maladie locale qui se généralise quelquefois et bien exceptionnellement, tandis que le cancer est d'emblée une maladie générale dont déjà la première localisation n'est que le reflet. Structure, marche, durée, tout concourt pour différencier ces deux affections, pourvu qu'on ait soin de baser leur histoire sur l'analyse d'une multitude de faits et non sur des observations isolées, comme le font les pathologistes superficiels et peu versés dans l'application des bonnes méthodes.

Si dans 3 de nos 92 faits la maladie fibro-plastique a été générale et infectante (nous élaguons ici les 3 faits empruntés à d'autres), nous avons d'un autre côté 26 autopsies complètes de ces affections, dans lesquelles l'unicité et par conséquent la nature strictement locale de ces tumeurs a été catégoriquement démontrée, bien que dans la plupart de ces faits la maladie fût arrivée à son terme naturel.

Des récidives éloignées du siége primitif de la maladie n'ont point été signalées jusqu'à ce jour. La guérison définitive est assez fréquente pour qu'on puisse établir la curabilité des affections fibro-plastiques comme la règle, tandis que le contraire a lieu pour le cancer. Je possède dans ma propre pratique trois faits de tumeurs fibro plastiques opérées par moi et guéries depuis un bon nombre d'années, tandis que je ne possède pas un fait, et je n'en connais point d'authentique, d'un véritable cancer guéri par l'opération.

La marche et la durée n'ont pu être notées avec détail que dans 35 de nos observations. Voici le résultat de cette analyse : 2 fois seulement la maladie a duré un an, soit au moment de l'opération, soit à celui de la mort ; 3 fois elle a été de 1 à 2 ans ; dans tous les autres cas, elle a dépassé ce laps de temps : elle a été 5 fois de 2 à 3 ans, 5 fois de 3 à 4, et 21 fois, par conséquent dans la majorité des cas, au delà de 4 ans, et dans 12 même au delà de 8 à 9 ans. Ces chiffres prouvent que la marche est généralement lente et bien autrement chronique surtout que dans les affections cancéreuses.

Le développement de ces tumeurs est ordinairement lent pendant plusieurs années ; il devient enfin plus rapide sans qu'on puisse en saisir trop la raison. Mais cet accroissement peut de nouveau se ralentir et s'arrêter même. D'autres fois la marche lente ne se dément à aucune époque ; il y a enfin quelques cas dans lesquels la marche est d'emblée plus rapide ; on dit alors que cela se fait en vertu d'une prédisposition individuelle, ce qui au fond ne fait que masquer notre ignorance sur la nature de cette cause.

La kéloïde est la seule forme de tumeurs fibro-plastiques qui peut se flétrir et disparaître spontanément ; elle offre encore cela de curieux que, lorsqu'elle est cicatricielle, elle peut se développer un grand nombre d'années après la blessure dont la cicatrice est la dernière trace.

Les affections fibro-plastiques sont rarement douloureuses et le plus souvent indolentes à la pression. Les douleurs se montrent quelquefois au début pour disparaître plus tard ; d'autres fois elles surviennent tardivement par suite du grand volume des tumeurs. Comme, dans la plupart des tumeurs douloureuses, le caractère des douleurs est surtout névralgiforme, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles sont à la fois vives et continues. Les excroissances fibro-plastiques des os sont plus douloureuses que celles des parties molles. Les tumeurs méningiennes provoquent une céphalée habituelle qui s'aggrave par paroxysme.

Les troubles fonctionnels dans cette classe de tumeurs ne sont généralement dus qu'à une gêne locale, soit par la pesanteur, soit en rendant les mouvements difficiles, et, lorsque les organes internes sont comprimés, leurs fonctions en sont localement troublées. Dans quelques régions, elles ont la propension d'exciter une con-

gestion qui conduit volontiers à des hémorrhagies. C'est ce qui arrive lorsqu'elles siégent aux méninges, dans l'arrière-bouche, sur le col utérin. La santé générale reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

*Des diverses localisations fibro-plastiques.* — L'hypertrophie du centre fibroïde des papilles forme des plaques saillantes qui ressemblent au cancroïde papillaire; elles siégent de préférence à la face; leur fréquence est égale chez les deux sexes; elles se rencontrent surtout à un âge avancé. L'hypertrophie fibro-plastique du derme est diffuse ou tubéreuse, mais elle constitue toujours un mal local. L'hypertrophie des glandes lymphatiques atteint plus volontiers tout un groupe de ces ganglions qu'une glande isolée; c'est pour cela que ces tumeurs sont quelquefois très volumineuses. L'aspect gélatineux s'y rencontre souvent; leur développement est lent; les hommes y sont plus sujets que les femmes. C'est une maladie bien plus fréquente avant quarante ans qu'après. Le seul cas d'hypertrophie de la glande parotide que nous ayons observé avait mis quinze ans à se développer. L'hypertrophie fibro-plastique dans la mamelle est rarement essentielle. Elle l'est davantage dans le testicule. Les affections syphilitiques tertiaires peuvent bien produire dans cet organe une infiltration fibro-plastique, mais celle-ci est capable de se résorber. La véritable hypertrophie fibro-plastique y est tantôt le résultat d'une inflammation chronique, tantôt celui d'une altération nutritive lente et graduelle, avec production d'un tissu presque fibreux et d'autres fois plutôt fibro-gélatineux.

Les tumeurs kéloïdes sont des productions fibro-plastiques cutanées ou sous-cutanées, ayant de préférence leur siége au tronc, rarement à la tête ou sur les membres; elles sont sessiles ou pédiculées, lisses ou lobulées. C'est une affection peu douloureuse, toute locale, malgré sa disposition aux récidives après les opérations. Elles offrent quelquefois la disposition à disparaître spontanément; elles peuvent se rencontrer à tout âge; on les observe plus souvent chez l'homme que chez la femme; leur développement est très lent.

Les tumeurs fibro-plastiques profondes des parties molles ont une prédilection pour les membres, et surtout la cuisse; elles peuvent y atteindre des dimensions très considérables; elles ont une

certaine disposition au développement du tissu fibro gélatineux; elles sont assez franchement locales et bien délimitées la plupart du temps. Elles sont peu disposées à l'ulcération; leur développement est pendant longtemps lent et devient ordinairement plus rapide après plusieurs années de durée. La disposition aux récidives est moins prononcée et plus tardive que pour l'ostéosarcome fibroplastique et pour la kéloïde. Leur plus grande fréquence s'observe entre 30 et 50 ans. Leur durée, notée 19 fois, a été 3 fois seulement de 1 an à 18 mois, 3 autres fois jusqu'à 3 ans, et dans les 14 cas qui restent de 4 à 20 ans et au delà. L'ostéosarcome fibroplastique, plus fréquent à la tête et aux maxillaires que dans d'autres parties du squelette, prend son origine du périoste, et c'est sa nature diffuse qui constitue sa principale gravité. Toutefois, il y a pour les mâchoires une différence considérable entre l'épulis fibroplastique et celle du corps des maxillaires. La marche de l'ostéosarcome est plus rapide que celle de ces tumeurs pour les parties molles; l'âge de prédilection est plutôt la première moitié de la vie.

Les tumeurs des méninges, enfin, sont le type d'une maladie locale et unique dans l'économie, ne provoquant point de troubles de la santé générale. Elles sont plus fréquentes à la base qu'ailleurs; deux fois nous les avons vues se développer à la suite d'une exostose de la table interne de la boîte crânienne; leur forme arrondie est le plus souvent lobulée; le cerveau, souvent déprimé à leur niveau, même ramolli tout autour, ne fait généralement point corps avec eux. Leurs symptômes sont des troubles fonctionnels de la sensibilité, de la motilité des sens et de l'intelligence, comme du reste pour la plupart des affections cérébrales chroniques.

— M. Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux, lit un mémoire intitulé : *De la méthode à laquelle il convient d'avoir recours dans l'amputation des membres dans leur continuité.*

MM. Robert, Larrey, Michon sont chargés de faire un rapport sur ce travail.

— M. Chassaignac fait un rapport sur un mémoire de M. Broca intitulé : *Des luxations dites de l'astragale.*

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

*Séance du* 16 *décembre* 1852.

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Combe, de Saint-Germain, présente une malade chez laquelle, après avoir enlevé un cancer de la face, il a pratiqué avec beaucoup de succès une opération de chéiloplastie.

Des remercîments sont adressés à M. Combe, et l'observation renvoyée à une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Laborie et Follin.

**Correspondance.**

M. le docteur A. Guérin, chirurgien du bureau central des hôpitaux, adresse à la Société une lettre pour obtenir le titre de membre titulaire.

— M. Follin dépose sur le bureau, au nom de M. Ch. Delacour, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes, une observation d'anévrisme de l'artère tibiale postérieure à la suite d'une amputation de la jambe.

Commission : MM. Follin, Lenoir, Laborie.

— M. Lebert termine la lecture de son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques.

Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local peu ou point disposé aux récidives ; elle ne peut devenir grave que par son siége, son étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme

une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau tout en restant un mal local.

Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé de préparations iodurées lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complètement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter après les opérations comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

## Résumé.

1° Les tumeurs fibro-plastiques sont constituées par un tissu cellulaire de nouvelle formation, semblable à celui de la vie embryonale. Le tissu fibro-plastique peut avoir une origine inflammatoire, être la base d'un travail hypertrophique, ou se former tout à fait spontanément.

2° Les tumeurs fibro-plastiques se composent d'un tissu mou, lobulé, d'un jaune rosé; ou d'un tissu plus ferme, plus pâle, plus homogène; ou enfin, du mélange d'un tissu gélatiniforme avec ces deux formes. Le siége de ces tumeurs est dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané; dans la profondeur des membres, de la cuisse surtout; dans les os, et ici de préférence dans les maxillaires; et, enfin, dans les membranes du cerveau.

3° Les tumeurs fibro-plastiques des animaux domestiques offrent les mêmes caractères que chez l'homme.

4° Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire offre une disposition marquée à la transformation fibreuse ; il se rencontre de préférence dans les phlegmasies prolongées, dont il est à la fois le soutien et le produit.

5° La forme des tumeurs fibro-plastiques est lisse ou lobulée, ronde ou aplatie, selon le siége, et elle affecte, dans les cas d'hypertrophie, l'aspect de l'organe malade ; elles sont généralement libres et bien circonscrites, mais sessiles et affectant la forme d'excroissances, si elles proviennent de l'os.

6° Ces tumeurs peuvent devenir très volumineuses et dans les organes glandulaires et sur le trajet des membres, surtout lorsqu'elles renferment beaucoup de tissu gélatiniforme. Elles sont ordinairement entourées d'une enveloppe fibro-celluleuse. Sur une coupe fraîche, on n'obtient, en général, qu'un suc clair, transparent; celui-ci cependant est trouble lorsque des grumeaux, de petits lobules entiers se trouvent suspendus en lui. Outre les éléments cités plus haut, on y rencontre quelquefois un tissu d'un jaune pâle et tout à fait terne, d'autres fois des concrétions calcaires, et enfin des réseaux osseux, lorsque le mal provient du périoste.

7° Au microscope, on trouve des cellules à petits noyaux ronds ou ovoïdes et toutes les formes intermédiaires entre la cellule et la fibre, surtout beaucoup de corps fusiformes étroits; les nucléoles sont toujours très petits. On y rencontre aussi de grandes cellules mères à noyaux multiples enroulés quelquefois de fuseaux, et constituant alors les globes fibro-plastiques.

8° Par rapport aux tissus voisins, les tumeurs fibro-plastiques se comportent comme les tumeurs fibreuses, les comprimant, mais ne se substituant point à eux; tandis que le tissu cancéreux est ordinairement une véritable substitution. Leurs phases de développement possible sont les suivantes : dépôt local, accroissement lent et ensuite plus rapide, état phlegmasique, des hémorrhagies, une calcification partielle, le ramollissement, la formation de kystes, une ossification partielle, l'ulcération, et enfin, dans des cas rares, la gangrène.

9° Les deux sexes y sont également très disposés. Se rencontrant à tout âge, leur plus grande fréquence est cependant de trente-cinq à cinquante ans.

10° La récidive après l'opération a surtout lieu dans les tumeurs autogènes, et n'a point été observée dans l'hypertrophie fibro-plastique ; elle n'a point lieu, comme pour le cancer, dans des points éloignés ; elle est souvent causée par une opération incomplète. Malgré leur opiniâtreté, quelquefois bien grande, de revenir sur place, elles laissent la santé générale intacte. Dans des cas rares enfin, il se développe une véritable diathèse fibro-plastique ; fait qui s'observe, du reste, également pour les tumeurs fibreuses, graisseuses, névromateuses, mélaniques, etc.

11° L'unicité et la nature locale des tumeurs fibro-plastiques comme règle ont été confirmées; outre les autres preuves apportées par vingt-six autopsies complètes que nous possédons, bien que dans la plupart de ces faits la maladie fût arrivée à son terme naturel, nous possédons de plus un bon nombre de faits d'une guérison complète et durable après l'opération, tandis que nous n'en connaissons point pour le véritable cancer.

12° La durée est bien autrement chronique que pour les affections cancéreuses, et à part quelques cas à marche plus rapide, elle met bien plus souvent de cinq à dix ans de temps même lorsqu'elle devient funeste, qu'un temps plus court; tandis que la durée moyenne du cancer dépasse à peine deux ans et demi. Les faits ne sont pas même rares dans lesquels ces tumeurs ont persisté pendant vingt ans et au delà sans inconvénients graves. Souvent, après une marche pendant longtemps très lente, les accidents et l'accroissement deviennent assez promptement plus graves.

13° Les douleurs sont très rarement vives et continues ; du reste le plus souvent névralgiformes, comme dans d'autres tumeurs. Les troubles fonctionnels sont généralement en rapport avec le siége. La santé générale dans l'immense majorité reste intacte, sauf les cas exceptionnels d'infection fibro-plastique très générale, et ceux où un mal local s'est terminé par une vaste ulcération.

14° Le pronostic des tumeurs fibro-plastiques est bien meilleur que celui du cancer. La curabilité y est la règle. Le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire est d'autant meilleur dans son issue probable qu'il présente davantage la tendance de passer à l'état fibreux. L'hypertrophie fibro-plastique comporte également un pronostic favorable. C'est un mal local, peu ou point disposé aux récidives, qui ne peut devenir grave que par son siége, son

étendue et une vaste ulcération. La kéloïde est également un mal peu grave, malgré son opiniâtreté à récidiver sur place après les opérations. Les tumeurs fibro-plastiques d'origine spontanée tendent surtout aux récidives sur place lorsqu'elles siégent à la superficie du corps, sous la peau et dans les os. La possibilité de l'infection générale doit être présente à l'esprit du chirurgien, mais comme une éventualité et non comme un fait probable. Les tumeurs fibro-plastiques des méninges, enfin, tuent par le cerveau, tout en restant un mal local.

15° Le traitement de ces tumeurs doit commencer par l'usage prolongé des préparations iodurées, lorsqu'il s'agit d'une origine syphilitique ou d'un mal simplement hypertrophique. L'extirpation, lorsqu'il faut pratiquer une opération, est la règle; les caustiques énergiques sont à tenter contre les tumeurs superficielles de petite dimension.

Il faut toujours pratiquer les opérations très largement dans ces cas, soit que l'on opère dans les parties molles, soit que l'on ait affaire à des tumeurs provenant d'un os. L'amputation est nécessaire dans les tumeurs profondes des membres qui envoient des prolongements dans des parties difficiles à disséquer.

L'autoplastie, dans les opérations d'une étendue moyenne et à siége superficiel, doit trouver une large application pour substituer des parties complétement saines à des cicatrices disposées à donner lieu aux récidives. L'application énergique du fer incandescent est nécessaire là où des tumeurs superficielles sont trop étendues pour permettre une réparation autoplastique.

Un traitement ioduré, enfin, serait à tenter, après les opérations, comme moyen prophylactique des récidives et de l'infection générale.

### Traitement de l'entorse par l'appareil ouaté.

M. Larrey. J'ai eu l'honneur de remettre à la Société une *Note sur le traitement de l'entorse par l'appareil ouaté*, de la part de M. le docteur Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, qui a joint à ce travail manuscrit quelques ouvrages imprimés, pour obtenir le titre de membre correspondant. Le rapport dont j'ai été chargé sur cette honorable candidature sera un

simple exposé du travail inédit et des publications de notre savant confrère de Belgique.

La Note de M. le professeur Burggraeve *sur le traitement de l'entorse par l'appareil ouaté* indique assez, sous ce titre, que l'auteur n'a pas eu en vue de discuter dans son ensemble l'importante question des entorses, soit qu'il n'ait rien trouvé de précis dans les auteurs anciens à cet égard, soit que les travaux des observateurs modernes lui aient paru encore incomplets. C'est ainsi, en effet, que, malgré l'autorité de leurs noms, Duverney, J.-L. Petit, Pouteau, Boyer, Richerand, Brodie, Ribes, Sanson et d'autres n'ont exposé que des parties de ce sujet; c'est ainsi que des auteurs plus récents encore, tels que MM. J. Cloquet, Pelletier, Bégin, Baudens, etc., en traitant la question générale, en ont apprécié plusieurs points importants, mais en ont laissé d'autres indécis. Et cependant, si M. Burggraeve avait jugé à propos de faire une étude plus approfondie de cette question, combien de documents précieux n'aurait-il pas trouvé dans l'histoire de l'art, depuis les expériences déjà anciennes de Bichat, renouvelées par Dupuytren sur les ligaments, jusqu'aux expériences encore récentes de M. Bonnet (de Lyon), qui a exactement analysé les différents effets pathologiques des entorses? Il en aurait rappelé le siége selon les articulations affectées, la fréquence relative, les espèces ou les degrés, les causes et le mécanisme, les signes et les complications, soit primitives, soit consécutives, ainsi que les terminaisons et les lésions anatomiques, et enfin les indications curatives, eu égard à l'origine, aux formes et aux diverses périodes de ces lésions, pour arriver ainsi à l'appréciation des méthodes les plus diverses, les plus opposées même, en assignant à chacune d'elles une valeur distincte.

Un travail d'une moindre importance que ne le serait celui-là, et d'un auteur même ignoré, une thèse soutenue en 1849 par M. Bonacorsi, résume assez bien l'état actuel de la science sur les entorses; et d'après les données précédentes, il y avait là aussi matière à reprendre cette question dans ses généralités.

Mais telle n'a pas été, messieurs, l'intention de M. le professeur Burggraeve; et nous aurions mauvaise grâce de lui demander plus qu'il n'a voulu nous donner.

Il a eu seulement pour but de faire connaître à la Société de

chirurgie l'emploi d'un appareil auquel il accorde de grands avantages dans le traitement de l'entorse.

Notre honorable confrère signale tout d'abord le mémoire encore assez récent de M. Baudens sur le même sujet, et considère aussi cette question comme très essentielle, en raison des accidents graves qu'entraîne parfois à sa suite une entorse négligée ou mal traitée. L'observation journalière des hôpitaux nous démontre, en effet, malheureusement, que la plupart des maladies chroniques de l'articulation du pied nécessitant l'amputation de la jambe reconnaissent pour origine une entorse.

M. Burggraeve indique et apprécie à son point de vue la méthode préconisée par mon habile prédécesseur au Val-de-Grâce; à savoir, l'immersion primitive et prolongée du membre dans l'eau froide et la compression secondaire de l'articulation à l'aide d'un bandage contentif, jusqu'à guérison complète.

Mais s'il n'accepte pas ses opinions sur ce mode de traitement, il les partage tout à fait à l'égard des sangsues et des cataplasmes, qu'il considère comme nuisibles; et en cela la plupart des chirurgiens semblent d'accord, quoique les accidents d'inflammation justifient trop souvent encore cette médication.

« Pour qui a suivi les progrès de la méthode inamovible, dit M. le professeur de Gand, la pratique de M. Baudens a cet inconvénient de finir par où elle aurait dû commencer, c'est-à-dire de poursuivre les effets avant d'avoir atteint la cause. » Et à l'appui de son opinion, M. Burggraeve fait dépendre la gravité de l'entorse de la lésion physique ou de la distorsion, de la rupture des ligaments, en ajoutant que, comme dans les fractures, il faut, avant tout, soutenir l'articulation et prévenir ainsi l'irritation, cause des engorgements et de toutes les altérations qui plus tard donnent lieu à la tumeur blanche.

L'opinion émise ainsi par notre honorable confrère ne nous semble pas absolument exacte, ou du moins rigoureusement démontrée pour tous les cas. En effet, s'il est vrai qu'une compression méthodique et inamovible soit souvent le moyen le plus rationnel d'y réussir, selon une pratique chirurgicale déjà ancienne, on ne saurait méconnaître non plus que l'emploi de l'eau froide bien dirigé ne soit, dans la première période, la médication la plus propre à empêcher ou à combattre les accidents inflammatoires de

l'entorse, bien plus sûrement même, en général, que n'y réussissent les antiphlogistiques, et spécialement les applications émollientes. Nous pourrions volontiers donner à cette double proposition tous les développements qu'elle comporte, s'il ne s'agissait de l'analyse d'une simple note sur un mode spécial de traitement.

M. Burggraeve, avant d'aller plus loin, cite, à l'appui de sa manière de faire, deux cas empruntés à sa clinique.

Le premier se rapporte à une entorse du poignet chez un homme d'une forte constitution qui avait fait une chute sur la face dorsale du poignet, et auquel il appliqua son appareil ouaté et amidonné, malgré un épanchement de sang considérable autour de l'articulation, avec tension, chaleur et douleur vive. Le soulagement produit par l'application de l'appareil n'empêcha pas de le mettre à découvert dès le lendemain pour en constater les effets. L'engorgement, dit l'habile chirurgien belge, avait disparu, et un nouvel appareil semblable appliqué pendant dix jours assura la guérison, sauf un peu de roideur dans les mouvements articulaires.

Il est inutile sans doute de décrire ici l'appareil ouaté et amidonné dont se sert habituellement M. Burgraeve, d'autant que nous en avons rendu compte dans un autre rapport à la Société de chirurgie (1).

Un second fait énoncé par l'auteur est relatif à une entorse grave du pied, avec tous les signes d'un engorgement considérable. L'application immédiate de l'appareil ouaté amena un soulagement aussi prompt que sensible, et le pied, mis à découvert au bout de trois jours, ne présenta qu'une ecchymose diffuse et une diminution notable de l'engorgement ; les douleurs s'effacèrent aussitôt après la réapplication de l'appareil, dont la levée définitive eut lieu au dixième jour. La déambulation à l'aide des béquilles et d'un étrier (ou longue bande fixée au cou et soutenant le pied) permit bientôt et sans accident l'exercice graduel de la marche.

Il résulte pour l'auteur de ces deux observations :

1° Que l'application immédiate de l'appareil ouaté calme instantanément les douleurs ;

2° Que cet appareil prévient le gonflement et le dissipe ;

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, t. II, p. 245.

3° Que la résolution de l'engorgement est extrêmement rapide ;

4° Que, quelle que soit la gravité de l'entorse, la durée du traitement n'excède pas en moyenne le temps réservé d'ordinaire aux moyens préventifs.

Il serait permis d'objecter quelque chose à ces conclusions, sans en contester la justesse, et d'attribuer certains avantages de ce mode exclusif de traitement à celui qui est fondé d'abord sur la réfrigération et ensuite sur la compression inamovible, si ce n'était s'engager dans une voie assez difficile. En effet, les partisans exclusifs de la compression, quel que soit d'ailleurs le moyen préféré, rejettent, comme M. le professeur Burggraeve, les applications réfrigérantes, en leur reprochant même des accidents graves, tandis que les partisans déclarés de l'eau froide accordent à ce moyen simple non-seulement une propriété supérieure à d'autres méthodes, mais l'avantage, au besoin, de se combiner avec elles. Et c'est bien entendu sur des faits pratiques nombreux que s'appuient de différentes parts les chirurgiens en contradiction les uns avec les autres ; car M. Burggraeve, pour sa part, en préconisant l'appareil ouaté d'une manière à peu près exclusive, ne se fonde pas seulement sur les deux observations de sa note, mais sur une pratique de cinq années offrant des résultats semblables.

En définitive, il n'emploie jamais l'eau froide, mais quelquefois les saignées locales, pour opérer un dégorgement instantané, et aussitôt après il a recours à l'application de l'appareil. Qu'il soit permis au rapporteur de ce travail de rappeler que son père n'agissait pas différemment dès une époque bien éloignée de nous, lorsqu'il traitait la plupart des entorses par la compression à l'aide de son appareil inamovible.

Quant à des médications différentes, la cautérisation par exemple dans les cas d'arthropathie, M. Burggraeve n'y a recours qu'exceptionnellement, et encore il applique après son bandage ouaté et amidonné. Mais ce sont alors des complications secondaires ou suites si redoutables des entorses, qu'elles entraînent pour conséquence dernière la triste nécessité de l'amputation.

Revenons à la note de M. Burggraeve, pour en terminer l'analyse. L'auteur, en soumettant son travail à la Société de chirurgie, n'a pas voulu soulever un débat théorique. Il a pensé seulement que les résultats de sa pratique dans l'application du bandage

ouaté ne seraient pas sans quelque intérêt pour nous. Il insiste, en résumé, sur le choix de cet appareil, bien préférable, selon lui, aux bandes qui compriment trop ou trop peu l'articulation, tandis que le contact doux et élastique du coton est plus susceptible de s'adapter exactement au membre.

L'honorable professeur de l'Université de Gand désire du reste que les membres de la Société de chirurgie veuillent bien faire l'essai de sa méthode et ne la juger que d'après les résultats qu'ils auront obtenus. C'est ce que votre rapporteur, messieurs, a tâché de faire; et, s'il a différé de vous rendre compte du travail de M. Burggraeve, il a pu du moins constater en partie les avantages assignés par lui à ce mode de traitement des entorses.

J'ai l'honneur de rappeler à la Société que M. le professeur Burggraeve, en lui demandant le titre de correspondant à l'occasion de ce travail, aurait d'autres œuvres à faire valoir auprès d'elle, s'il en avait besoin.

Il nous a déjà adressé un *Mémoire* assez étendu *sur l'emploi des appareils ouatés* en général, et le rapport qui m'en avait été confié a été favorablement accueilli par la Société.

Il lui a offert également un *Mémoire sur les pansements inamovibles des plaies et des ulcères* comme complément de son travail sur les appareils ouatés. J'aurais eu aussi à vous en rendre compte, si je ne me trouvais en quelque sorte trop engagé à attribuer la généralisation de ce principe à d'autres plutôt qu'à lui-même.

Notre savant confrère a publié encore d'autres travaux de chirurgie, et notamment un ouvrage d'une certaine importance intitulé : *Tableaux synoptiques de clinique chirurgicale*, que l'auteur se propose d'offrir aussi à la Société de chirurgie.

Qu'il nous suffise, enfin, d'ajouter à ces titres scientifiques, que M. Burggraeve occupe avec distinction à l'Université de Gand la chaire de clinique chirurgicale, ainsi que la place de chirurgien principal de l'hôpital civil, et nous aurons dit combien nous devons désirer unir à nos travaux son honorable collaboration.

J'ai donc l'honneur, messieurs, de vous proposer pour conclusions de ce rapport de nommer M. le professeur Burggraeve membre correspondant de la Société de chirurgie, en déposant son travail manuscrit dans les archives et ses ouvrages imprimés dans la bibliothèque.

Le vote sur les conclusions de ce rapport est renvoyé à la prochaine séance.

M. Cloquet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapport que vient de nous lire notre honorable collègue; comme lui, j'ai toujours été frappé des avantages que l'on retirait de la parfaite immobilité dans le traitement de l'entorse; mais je crois que les appareils agissent dans ce cas bien plus par l'immobilité que par la compression. Il y a déjà longtemps que j'ai renoncé à l'application des cataplasmes ou des sangsues, et actuellement j'applique toujours un appareil de Scultet comme si j'avais à traiter une fracture. Depuis que je suis cette méthode, j'ai été surpris de la rapidité de la guérison. Je crois que l'appareil ouaté de M. le professeur Burggraeve n'agit que par l'immobilité.

— M. Robert fait un rapport au nom de la commission chargée d'examiner les divers travaux présentés par M. le docteur Verneuil.

M. Cloquet. Dans le rapport très détaillé que M. Robert vient de nous lire, j'ai trouvé une description très exacte des kystes péri-ovariques et péri-testiculaires; j'ajouterai cependant qu'il existe chez l'homme une autre variété de kystes des testicules. Cette variété est fort rare; je n'en ai rencontré que deux cas. Ces kystes sont formés par les vaisseaux lymphatiques des testicules. Ils paraissent résulter de l'oblitération partielle de ces vaisseaux; on les trouve entre les deux portions oblitérées, formant des tumeurs bosselées, irrégulières. C'est à l'amphithéâtre que j'ai observé ces deux seuls cas, de sorte qu'il m'a été impossible d'avoir aucun renseignement.

Je terminerai en disant, à propos des kystes de l'ovaire, que quelquefois ils disparaissent brusquement. Ainsi, j'ai eu occasion de voir la femme d'un banquier affectée depuis longtemps d'une tumeur qui, suivant toute probabilité, devait être un kyste de l'ovaire. Cette tumeur, qui était énorme, se rompit dans une chute. La malade a vécu jusqu'à l'âge de soixante-huit ans, et jamais l'affection n'a reparu; on sentait seulement, en palpant avec soin l'abdomen, quelques irrégularités qui n'étaient autres que les débris de la poche.

M. Richet. A l'occasion du rapport de M. Robert sur les travaux de M. Verneuil, je lui demanderai quelques explications sur ce

qu'il a dit au sujet des résections des filets nerveux compris dans le lambeau, et qui, se trouvant sans cesse comprimés, occasionnent de très vives douleurs. Notre honorable collègue ne craint-il pas qu'une fois le filet nerveux réséqué la gangrène ne se manifeste dans le lambeau ?

M. Robert. Je crois que, dans ces cas, le système vasculaire a bien plus d'influence que le système nerveux sur la nutrition; comme exemple, je citerai le fait que M. Michon a communiqué à la Société il y a quelques années, d'une dame chez laquelle il avait enlevé pour un névrome une portion du nerf sciatique, et qui a guéri sans accident.

M. Richet. Cependant, lorsque dans une ligature d'artère un nerf se trouve compris, habituellement il survient de la gangrène ; c'est ce qui arriva à la suite d'une ligature de l'artère crurale dans laquelle le nerf saphène avait été compris : toutes les parties auxquelles ce nerf se distribue tombèrent en gangrène.

M. Robert. Je me souviens d'un fait dans lequel Dupuytren, en liant l'artère crurale, lia en même temps le nerf saphène ; il y eut une eschare gangréneuse au niveau de la malléole interne. Mais, depuis, il existe un assez bon nombre de faits dans lesquels on a enlevé pour des névromes des portions assez considérables de nerfs sans qu'il en soit résulté aucun accident : c'est ce qu'a démontré M. Lenoir dans la discussion sur les névromes.

Dans le cas de M. Verneuil, évidemment il eût été préférable de recourir à l'opération proposée, puisque la position du nerf plantaire, sans cesse comprimé, a déterminé une névrite tellement douloureuse qu'il a fallu en venir à l'amputation.

M. Morel-Lavallée. Je partage l'opinion de M. Robert, mais pour d'autres raisons. Je ne saurais admettre avec lui une analogie suffisante entre l'excision d'une portion d'un cordon nerveux dans sa continuité et l'ablation de l'extrémité d'un nerf dans un lambeau d'amputation. Dans le premier cas, en effet, il peut se former entre les deux bouts du nerf une cicatrice souvent perméable à l'influx nerveux, puisque le mouvement s'est fréquemment rétabli. Dans le second cas, si c'était la portion de nerf qu'on enlève qui entretînt la vitalité de ce lambeau, ce lambeau périrait faute d'innervation qu'aucune cicatrice, que rien ne pourrait plus lui transmettre. Voilà pourquoi je ne partage point les craintes de M. Ri-

chet, ce n'est pas l'extrémité du cordon nerveux qui préside à la nutrition du lambeau, mais bien des rameaux détachés plus haut.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

*Séance du 22 décembre 1852.*

**Présidence de M. GUERSANT.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

**Correspondance.**

M. le professeur Frédéric Jæger, de Vienne, écrit une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination comme membre associé étranger.

Cette lettre sera déposée aux archives.

— La Société reçoit le 35e volume des *Medico-chirurgical transactions*.

M. Giraldès est chargé d'en rendre compte.

— L'ordre du jour appelle à voter sur les conclusions du rapport de M. Larrey sur les travaux de M. le professeur Burggraeve, de Gand.

M. le professeur Burggraeve est nommé membre correspondant.

— M. LE PRÉSIDENT met ensuite aux voix les conclusions du rapport de M. Robert sur la candidature de M. Verneuil.

M. Verneuil, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

M. LARREY présente à la Société un militaire chez lequel il a pratiqué pour la troisième fois dans un court espace de temps l'extirpation de tumeurs fibro-plastiques développées au niveau de la hanche.

M. FORGET demande si la cicatrice était fermée lorsque cette récidive a eu lieu.

M. LARREY répond que le travail de cicatrisation était entièrement terminé.

M. LEBERT, à ce sujet, fait remarquer que la première tumeur datait de l'enfance du malade; que, bien que ce soit pour la troisième fois que M. Larrey revient à l'opération, l'état général de la santé est satisfaisant, qu'il n'y a pas d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, bien que cette région en soit très abondamment pourvue. Il attache beaucoup d'importance à ce point.

— M. Morel-Lavallée présente une jeune femme opérée par M. Gerdy pour une tumeur du maxillaire supérieur. Il donnera plus tard quelques détails sur les antécédents de la malade et sur le procédé particulier suivi dans cette circonstance.

**Ablation d'une tumeur cancroïde de la lèvre inférieure et de la partie inférieure gauche de la face, suivie d'une opération autoplastique par glissement, d'un lambeau emprunté aux régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire.**

M. Cusco, chirurgien du bureau central, présente à la Société le malade qu'il a opéré, et donne les détails suivants :

Cet homme, âgé de quarante-huit ans, était affecté d'un cancroïde énorme de la lèvre inférieure. La tumeur, stationnaire pendant plusieurs années, avait pris depuis quelques mois un développement considérable. Irritée, soit par l'action de la pipe, dont le malade faisait un usage continuel, soit par les topiques caustiques qu'on y avait appliqués, elle s'était ulcérée en plusieurs points et avait envahi les trois quarts de la lèvre, le menton, une partie de la joue, de la muqueuse buccale et du périoste. L'os maxillaire lui-même était altéré superficiellement. En outre, deux engorgements ganglionaires volumineux existaient dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane et dans le voisinage de la glande sous-maxillaire.

L'opération, pratiquée le 12 octobre 1852, s'est composée de deux temps distincts : l'ablation et la réparation autoplastique.

Trois incisions circonscrivirent la tumeur : une verticale, sur sa limite droite, descendant du bord libre de la lèvre à 1 centimètre et demi de la commissure jusqu'au menton ; une horizontale, le long du bord inférieur du maxillaire jusqu'au masséter gauche ; une troisième, oblique, allant de la commissure gauche à la rencontre de la précédente.

La masse morbide étant rapidement détachée, l'os maxillaire dut être ruginé fortement et cautérisé au fer rouge en différents points. Les quatre incisions furent enlevées.

Après une perte de substance aussi considérable, la réparation offrait quelque difficulté. J'aurais voulu pouvoir prendre mon lambeau à droite à l'aide de deux incisions parallèles, partant, l'une de la commissure, l'autre du menton et longeant le bord inférieur du maxillaire. Ce lambeau aurait eu le double avantage de se trouver doublé intérieurement par la muqueuse et d'être pris aussi loin que possible du siége du mal. Mais, d'une part, j'aurais eu beaucoup de peine, tout en tiraillant beaucoup, à réunir ce lambeau au côté opposé. D'une

autre part, la présence des engorgements sous-maxillaires me décida à suivre un autre procédé.

Prolongeant ma première incision verticale jusqu'à l'os hyoïde, je disséquai un lambeau triangulaire qui mit à nu toute la région sous-maxillaire gauche et me permit d'enlever tous les ganglions indurés; puis, relevant ce lambeau jusqu'à la hauteur du bord libre de la lèvre, je le fixai à droite et à gauche par la suture entortillée.

Les suites de l'opération furent simples; mais le sommet du lambeau se sphacéla précisément dans la portion qui devait servir à clore la bouche.

Aujourd'hui une échancrure médiane, profonde, laisse écouler continuellement la salive et gêne l'exercice de la parole. Il serait facile par une opération secondaire de remédier à ces inconvénients; mais, le malade voulant retourner dans son pays, on a songé à le munir d'une lèvre artificielle. Cet appareil a été exécuté en caoutchouc vulcanisé par M. Luër, qui a tiré très habilement parti de l'élasticité de la substance, soit pour prendre un point d'appui sur l'os maxillaire par une pression douce et très supportable, soit pour adapter d'une manière absolue le pourtour de la lèvre factice aux sinuosités de la peau.

Cet appareil mis en place s'oppose parfaitement à l'écoulement de la salive; en outre, il rend facile et distincte la prononciation de toutes les consonnes *labiales;* enfin, il diminue notablement la difformité apparente.

Un mot sur l'examen microscopique de la tumeur, que j'ai étudiée avec mon interne M. Dufour, très versé dans ce genre de recherches. Partout nous avons trouvé l'élément constitutif des tumeurs dites *cancroïdes*, savoir, les cellules épithéliales. Mais ce qui nous a frappés, c'est que ces cellules diffèrent notablement des cellules épithéliales normales des membranes muqueuses.

Leurs noyaux sont plus grands, elliptiques, à contours nettement accusés et rappellent involontairement l'aspect des noyaux cancéreux. Comme ceux-ci, souvent ils existent libres et présentent un ou deux grands nucléoles très brillants. Enfin, leur diamètre, ordinairement moindre, atteint parfois les dimensions des noyaux du cancer.

Peut-être existe-t-il entre le cancroïde et le cancer une étroite parenté qu'on cherche en vain à se dissimuler aujourd'hui, et qu'il faudra reconnaître de nouveau quand on aura épuisé l'étude de leurs dissemblances.

Quant aux ganglions engorgés de la région sous-maxillaire, ils ne renfermaient, à ma grande satisfaction, aucun élément épithélial.

— M. Chassaignac lit, au nom d'une commission composée de MM. Danyau et Larrey, un rapport sur un travail de M. Broca ayant

pour objet quelques difformités des orteils déterminées par l'action des chaussures.

M. Larrey. Je regrette que M. Broca, qui avait l'intention de faire un travail sur ce sujet, n'ait pas demandé quelques renseignements à des personnes qui auraient pu lui en fournir de très curieux; les chirurgiens militaires, qui ont occasion de voir dans les conseils de révision des déformations des orteils tellement prononcées qu'elles deviennent la cause d'exemption, auraient pu, je crois, lui fournir des matériaux fort utiles pour son mémoire.

M. Cloquet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapport de M. Chassaignac sur le travail de M. Broca, et à ce sujet je dirai qu'il faut un peu se garder d'accepter comme une règle naturelle ce que les artistes ont pu faire dans la représentation de la nature; assez souvent ils acceptent des formes de convention; c'est ce qui a eu lieu pour le deuxième orteil; là il y a eu évidemment un allongement de convention.

Comme l'a très bien fait remarquer l'auteur du travail, la chaussure a une grande influence sur la forme du pied et des orteils, et des chaussures trop étroites ou mal faites peuvent amener des déformations très prononcées : il suffira pour s'en convaincre d'examiner les pieds des peuples qui ne portent pas de chaussures; jamais ils ne présentent de semblables déformations. Quant à l'hypertrophie du premier métatarsien, elle ne peut causer que de légères déviations du gros orteil : il eût été à désirer aussi, puisque M. Broca avait traité des causes des déviations des orteils, qu'il eût parlé de l'influence goutteuse.

M. Robert. Comme le disait tout à l'heure notre honorable collègue, je crois qu'il ne faut pas trop accepter comme une règle ce que font les artistes. Camper avait peut-être trop sacrifié aux arts, et, sous ce rapport, on ne doit pas non plus s'en tenir à ce qu'il a dit de la longueur du deuxième orteil relativement au premier. J'ajouterai que dans les déviations des orteils, ce n'est pas tant la chaussure qui agit que les extenseurs dorsaux, qui très souvent finissent par devenir abducteurs.

J'aurais désiré aussi que la commission entrât dans quelques détails sur le traitement à suivre dans ces déviations, il y avait là quelques lacunes à remplir.

M. Chassaignac. Vous avez pu remarquer que le travail de M. Broca est surtout anatomique, qu'il repose comme base principale sur la dissection d'un certain nombre de pieds difformes. Or vous savez aussi bien que moi combien il est rare de pouvoir faire la dissection d'un

pied altéré par la goutte. Cette affection se présente en effet si rarement chez les malades des hôpitaux, que l'on n'a presque jamais l'occasion de faire l'autopsie de sujets goutteux. Si la question thérapeutique n'a pas été traitée, cela tient à ce que le mémoire de M. Broca n'est que la première partie d'un travail dans lequel il n'a pas dit jusqu'à présent la moindre chose ayant trait à cette question.

M. Marjolin. Que Camper ait été à même d'apprécier le talent des artistes de l'antiquité, il n'y a pas là une grande faute. Quant à dire qu'il les a copiés, personne ne pourrait l'affirmer; il est plus probable cependant qu'il copiait fidèlement la nature, et en cela il a eu sur beaucoup d'autres le grand avantage de savoir représenter avec esprit et talent tout ce qu'il observait. Je ne prétends pas dire ici que l'excédance de longueur du second orteil soit la règle normale. Il faudrait, pour établir ce fait, faire un assez bon nombre de recherches pour établir la proportion, et surtout choisir des pieds bien conformés.

Frappé de quelques observations de M. Broca sur la déviation du gros orteil, je voulus les vérifier, et en faisant ces recherches je fus frappé du rapport presque constant qui existe entre la conformation du pied et de la main, entre la forme des doigts et celle des orteils. Trois ou quatre fois j'ai renouvelé mes recherches, et j'ai pu me convaincre de ce fait, facile, du reste, à vérifier. J'ai vu alors qu'assez souvent il arrivait que tous les orteils avaient une longueur à peu près égale. Dans ce cas ils sont courts : bien souvent la déformation du gros orteil et du premier métatarsien dépend bien moins de la chaussure que de la marche ou de la station prolongées, et une déformation analogue se remarque dans les mains des hommes qui se livrent à de rudes travaux.

J'ajouterai aussi, en terminant, que bien plus souvent certaines déformations des orteils dépendent bien plutôt d'affections rhumatismales ou goutteuses.

M. Chassaignac. Les rapports d'analogie établis par notre collègue entre la conformation des mains et des pieds sur un même sujet nous paraît offrir un intérêt réel; mais nous n'hésitons pas à déclarer que cette analogie de conformation n'existe pas dans toutes les classes de sujets, et que certaines femmes remarquables par la perfection de la main ont au contraire le pied tout à fait déformé par la pression exagérée des chaussures.

M. Gerdy. Camper s'est beaucoup servi des antiques dans ses études. Nul doute que les statuaires de l'antiquité n'aient fait preuve d'un grand talent; mais ils avaient des formes conventionnelles. Il y a peu de statues antiques qui ne présentent des fautes d'anatomie. Dans

leurs statues de femmes, ces fautes sont plus rares; ils se sont plus rapprochés de la nature.

Maintenant, pour en revenir aux déviations du gros orteil, il y a beaucoup de causes qu'on ignore. On prétend toujours que les rétractions se font dans les tendons ou dans les muscles. Mais à part les cas de M. Bouvier, de muscles convertis en tissu graisseux, il n'en est rien; ce sont les gaînes fibreuses, les ligaments latéraux qui se déforment le plus habituellement à la suite d'inflammation de la synoviale. Il arrive là ce qui se passe dans les inflammations de la synoviale du genou, le tissu fibreux qui environne l'articulation est frappé d'insensibilité, et pour peu que l'orteil soit porté dans l'abduction, cette déviation augmente par suite de la rétraction des tissus fibreux latéraux; l'extenseur de l'orteil devient abducteur, en le redressant par suite de la direction des gaînes qui forment une poulie de renvoi. C'est dans le tissu cellulaire et le tissu fibreux environnants que se passe toute l'action. J'ai publié une observation, recueillie par M. Jarjavay, d'un individu qui, étant resté pendant trois heures couché sur du sable nouvellement tiré du lit de la Seine, la main sous la tête, avait eu une flexion des doigts.

M. Chassaignac. Sans discuter les doctrines de l'honorable professeur touchant la rétraction musculaire, nous ferons remarquer que le rôle des tendons dans les déviations, quel qu'en soit le mécanisme, est hors de toute contestation, puisqu'il suffit de la section de certaines cordes tendineuses pour faire cesser au moment même l'attitude vicieuse des parties déformées.

M. Jarjavay. Parmi les causes qui ont été signalées relativement à la déviation en dehors du gros orteil, il me semble qu'il en a été omis une qui me paraît devoir être prise en considération.

On sait que l'axe du pied est oblique en avant et en dehors, que les orteils s'articulent avec le pied suivant une ligne oblique en dehors et en arrière : il en résulte, ce qui est bien connu, que les orteils, en s'étendant sur le pied, se portent obliquement en arrière, en haut et en dehors, de même que l'avant-bras en se fléchissant sur le bras se place obliquement en dedans de ce dernier.

Or il est un moment de la marche où le poids du corps appuie sur l'ensemble des orteils ainsi portés obliquement en dehors : c'est celui où le talon est détaché du sol. Sans orteils ou avant-pied, nous ne pourrions pas faire de pas très étendus.

Si donc les orteils sont obliquement portés en haut et en pendant un moment de la marche, et si le poids du corps por moment sur eux, il est évident que ce poids doit encore tendr

vier en dehors les orteils et notamment le premier sur lequel le pied transporte en grande partie ce même poids.

Je vois là, dans la disposition naturelle de la ligne articulaire, dans la direction de l'axe du pied et dans le mode d'extension des orteils une cause prédisposante qui agit bien plus que la rétraction musculaire.

L'action du muscle adducteur du gros orteil combat cette tendance à sa projection en dehors par le poids du corps. Cela est si vrai qu'après une marche forcée on ressent de la douleur et de l'engourdissement au bord interne de la plante du pied au niveau du corps charnu du muscle.

M. Chassaignac. Les remarques de M. Jarjavay sur le mécanisme des articulations métatarso-phalangiennes nous paraissent pleines de justesse, mais si on leur accordait les conséquences que l'auteur de ces remarques leur attribue, on serait forcément conduit à penser qu'il suffit de l'exercice physiologique des fonctions du pied pour y produire des difformités que l'observation ne constate pas.

M. Jarjavay. Notre honorable collègue a dit tout à l'heure que la déformation du pied était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et que, si mon observation était juste, nous devrions tous avoir le gros orteil dévié. Je saisis avec empressement cette observation relative à la plus grande fréquence de la déviation du gros orteil chez la femme; elle est d'accord avec l'existence de la cause prédisposante que j'ai signalée, car, chez la femme, le poids du corps appuie encore plus sur le côté interne du pied et par conséquent sur le gros orteil que chez l'homme, à cause du projettement en dedans du genou. D'ailleurs, l'objection de M. Chassaignac ne peut pas avoir une grande valeur pour renverser ma manière de voir, attendu que l'existence de la cause que je signale comme prédisposante ne peut, à cause de son caractère, entraîner nécessairement la lésion. Il faut une cause déterminante, et je pense que de longues marches peuvent amener ce résultat. Voilà comment j'arrive à penser, avec M. Marjolin, que l'affection dont il s'agit ne se trouve guère que chez les personnes qui travaillent et marchent beaucoup.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

*Séance du 28 décembre 1852.*

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à la Société de son *Traité des maladies vénériennes.*

J'ai voulu, dit l'auteur, concentrer dans un seul volume les faits, les idées, les pratiques qui constituent la spécialité médicale appelée syphiliographie. C'est vous dire que j'ai beaucoup emprunté aux autres et que je dois de la reconnaissance à plusieurs de mes collègues de la Société de chirurgie. Ce résumé a surtout été entrepris au point de vue directement pratique et dans l'intérêt des jeunes médecins. J'ai donc été très fertile en détails et très sobre de théories.

Cependant je ne pouvais éviter de toucher à certains points de doctrine qui ont été agités dans ces derniers temps et dont l'examen a d'abord été fait par votre compagnie : je veux parler de la *syphilisation* et de la *transmissibilité des accidents secondaires.*

Pour la syphilisation, je suis arrivé par la voie scientifique et historique à une conclusion concordant avec la protestation qui a été inspirée à la Société par le bon sens et les véritables intérêts de l'humanité, dont M. Cullerier a été l'organe chaleureux. Pour ce qui est de la transmissibilité des accidents secondaires, je crois l'avoir résolue dans le sens affirmatif. Mais je suis loin de penser que mes arguments suffiront pour convaincre tous mes confrères. J'ai donc consigné dans mon livre toutes les observations relatives à cette grande question; elles sont complètes et authentiques; on pourra en prendre connaissance et les comparer avec celles qu'on croit pouvoir leur opposer. Alors, avec liberté d'esprit et indépendance, on pourra se faire une opinion, ce qui vaut toujours mieux que d'accepter une opinion toute faite.

La division du livre est simple :

1° *Maladies vénériennes dites primitives;*

2° *Maladies vénériennes dites consécutives.*

Voilà les deux principales sections ; viennent ensuite deux autres sections :

3° *Maladies vénériennes des nouveau-nés (syphilis infantile) ;*

4° *Prophylaxie des maladies vénériennes.*

Je vous le répète, écrivant pour les jeunes intelligences et voulant représenter tous les syphiliographes, j'ai beaucoup exposé, beaucoup décrit; si mes jugements étaient erronés, on trouverait dans mon livre même de quoi les redresser, car on pourrait y lire les auteurs que je me suis vu obligé de critiquer.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Vidal au nom de la Société.

— M. le professeur Buggraeve, de Gand, récemment nommé membre correspondant étranger, adresse une lettre de remerciments.

— M. le docteur Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, a la parole pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Nouveau traitement des adhérences anormales et des brides cicatricielles.* (Commission : MM. Lenoir, Guersant, Jarjavay).

**Rapport de M. Larrey sur les travaux de M. J.-R. Duval, ancien membre de l'Académie royale de chirurgie.**

La Société de chirurgie a reçu récemment un ouvrage déjà bien ancien qui lui a été remis de la part de l'auteur par notre honorable secrétaire, et dont elle m'a chargé de lui rendre compte. Mon empressement à remplir cette tâche vous témoigne, messieurs, qu'il s'agit presque d'un rapport d'urgence.

Et cependant, nous devons le dire, ce n'est ni l'importance, ni la nouveauté de l'œuvre qui méritent votre attention. Il est question simplement d'un mémoire intitulé : *Des accidents de l'extraction des dents*, publié en 1802. Peu de mots suffiront pour vous faire connaître ce travail avant de vous rappeler le nom de l'auteur. Il divise en quatre sections les accidents de l'extraction des dents, à savoir : 1° Les accidents qui n'appartiennent qu'aux dents; 2° les accidents qui dépendent de la lésion des parties molles ou des parties dures voisines des dents; 3° les dérangements de la santé produits par l'extraction des dents; 4° les maladies secondaires de la bouche.

La science toute spéciale répandue dans cet opuscule le distingue tout d'abord, et l'ensemble des connaissances en médecine ou en

chirurgie s'y fait remarquer ensuite, en s'appuyant sur une érudition de bon aloi et sur une pratique exercée. C'est ainsi que l'auteur signale et précise la plupart des accidents susceptibles de dépendre de l'extraction des dents, tels que les fractures des alvéoles, celles du sinus maxillaire et la déchirure de sa membrane propre, d'où les maladies consécutives de ce sinus, les abcès, les ulcères, les tumeurs ou les kystes, la carie, la nécrose, etc.; ou bien certains accidents plus rares, tels que la luxation de la mâchoire, les hémorrhagies alvéolaires, les tumeurs des gencives dites épulies, etc.

En ajoutant que toute cette science condensée dans un petit livre est aussi l'expression d'un sentiment honnête qui ne veut point se parer du savoir des autres; en disant enfin que l'auteur, en possession de ses propres recherches et en droit de les faire valoir, s'efforce pour ainsi dire d'en attribuer le mérite à ses devanciers, nous aurions assez démontré la valeur morale d'un ouvrage dont le titre n'a qu'une valeur technique.

Et à la suite de ce mémoire, messieurs, ou bien avant comme après sa publication, je pourrais vous rappeler d'autres travaux du même auteur écrits dans cet esprit-là. Voici l'indication sommaire de plusieurs de ceux qui ont trait à la même spécialité :

Des *Réflexions sur l'odontalgie considérée dans ses rapports avec d'autres maladies* ne sont que l'analyse critique d'un mémoire de Coffinière sur ce sujet; mais il est intéressant de savoir que ces observations ont été lues à la Société de médecine de Paris en l'an XI de l'ancienne République.

*Des propositions sur les fistules dentaires précédées d'observations sur la consomption de la racine des dents avec l'état des os de la mâchoire dans ces maladies* forment, au contraire, un travail d'une valeur réelle. Les observations appartiennent à un rapport de Chaussier et de Laënnec, et ce rapport est un éloge des recherches de l'auteur sur les fistules dentaires. Ce mémoire a, en effet, un mérite original qui n'a pas vieilli, malgré sa date ancienne aussi, en démontrant par l'analyse et par le raisonnement la nécessité (souvent méconnue) d'extraire les dents malades qui occasionnent et entretiennent certaines fistules de la joue.

Une *Notice historique sur la vie et les ouvrages de Jo*
une appréciation savante des travaux de ce spécialiste

étendu ses recherches sur les maladies des dents à l'étude des maladies des différentes parties de la bouche et particulièrement à celles des os maxillaires. Les éloges délicats que l'auteur de la Notice adresse au savoir et au caractère de Jourdain sont un témoignage d'estime pour ainsi dire reversible sur lui-même.

Le *Dentiste de la jeunesse* renferme sous ce titre sans conséquence, non-seulement d'utiles conseils sur l'hygiène de la bouche, selon les époques de la dentition, mais encore d'intéressantes recherches historiques sur tout ce que la littérature ancienne a pu fournir à l'auteur de citations justes à l'appui de ses idées.

Dans une brochure qui a pour titre : *Commentaire médical sur l'épitaphe de Canacée, insérée dans les épigrammes de Martial*, l'auteur fait preuve encore d'une grande érudition appliquée au diagnostic d'une maladie indéterminée de la bouche, à laquelle avait succombé un enfant de la famille des Eolides. Après avoir discuté au point de vue médico-chirurgical les diverses opinions admissibles sur la nature de cette maladie, il en conclut logiquement qu'elle devait être charbonneuse.

Un mémoire intitulé : *De l'arrangement des secondes dents, ou de la méthode naturelle de diriger la seconde dentition*, est l'examen critique d'un livre sur la même question ; et cette critique s'appuie sur la triple garantie de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, pour démontrer l'insuffisance de cet ouvrage.

Des *Observations pratiques sur la sensibilité des substances dures des dents*, lues à l'Académie de médecine, et extraites du tome II de ses mémoires, forment un ensemble ou une série de propositions que l'on pourrait appeler aphorismes, tant la longue expérience de l'auteur s'y révèle avec autorité.

On peut en dire autant de ses *Observations anatomiques sur l'ivoire, pour servir à l'étude de l'organisation des dents* ; observations qu'il a lues encore à l'Académie de médecine, en soumettant à son examen, comme pièces à l'appui, plus de trente fragments de défenses ou autres préparations anatomiques.

Un savant *Mémoire* (publié en 1812) *sur l'ouverture externe du canal maxillaire, pour servir à la démonstration de l'accroissement de la mâchoire inférieure*, mérite d'être mentionné aussi.

Ajoutons à cette simple nomenclature, que l'auteur a publié dans le tome XXII du *Journal de médecine* pour l'année 1811,

d'intéressantes *Observations sur les entamures et les fractures des dents.*

La science lui doit de plus de curieuses *Observations sur quelques affections douloureuses de la face*, insérées dans le tome XXXIII de la *Bibliothèque médicale.*

A cette série de travaux, qui n'ont, pour la plupart, il est vrai, que le même genre de spécialité, il faut joindre enfin un travail qui a de beaucoup précédé en date tous ceux-là, et qui en diffère essentiellement par le caractère général du sujet.

Il s'agit d'une *Thèse latine d'anatomie et de chirurgie sur l'anévrisme variqueux*, soutenue en 1786, à l'Ecole royale des chirurgiens, sous la présidence de Chopart, et dédiée à Delaporte, conseiller de l'Académie royale de chirurgie.

Ne semble-t-il pas, messieurs, à entendre cette date si éloignée de nous, et ces noms depuis si longtemps inscrits dans l'histoire de l'art, ne semble-t-il pas que cette dissertation soit une œuvre posthume, comme si ce simple rapport n'était lui-même qu'une revue rétrospective?

La thèse dont j'ai l'honneur de vous rendre compte ne mérite pas seulement votre intérêt par son origine, elle a aussi une valeur réelle par la nature même du sujet; car elle a précédé tous les travaux publiés en France sur l'anévrisme variqueux.

L'auteur s'attache, dès le commencement de son travail, à citer dignement les recherches anatomiques de Hunter; et il a fait preuve de connaissances précises, lorsqu'après avoir défini l'anévrisme en général, il étudie l'anévrisme variqueux en particulier, et en expose les formes, le mécanisme, la fréquence et les signes. Il se fonde sur l'observation de Hunter, de Cleghorn et de Chopart, qui seuls encore avaient rencontré (en Angleterre) et bien apprécié cette variété d'anévrisme; il déduit de là les principales données du diagnostic, et démontre toute la gravité du pronostic, en établissant pour indication du traitement que l'on peut tenter de guérir l'anévrisme variqueux par la compression, secondée par le régime, les émissions sanguines et les soins accessoires. Un hommage à Guattani pour l'emploi de cette méthode complète dignement cette thèse remarquable à bien des titres.

Mais ce n'est plus ce travail seulement ni aucun autre que nous voulons apprécier, messieurs, c'est le nom de l'auteur que nous

devons honorer, et qu'un sentiment de réserve m'a fait taire jusqu'ici, pour qu'il me fût permis de le louer auprès de vous. Celui qui porte ce nom-là existe depuis près d'un siècle, et malgré son grand âge, il n'a cessé de conserver pour la science une ardeur juvénile ; car il est aujourd'hui encore l'un des membres les plus assidus de l'Académie de médecine, comme il était autrefois l'un des plus zélés, l'un des plus actifs de l'ancien Collége et de l'ancienne Académie de chirurgie. Survivant seul, depuis de longues années, à ses illustres collègues, notre vénérable confrère serait heureux de rajeunir son passé en venant prendre place dans cette enceinte; et déjà uni par des liens de famille à un nom honoré, aimé de nous tous, il unirait encore par sa présence la nouvelle Société de chirurgie à l'ancienne Académie, en nous transmettant ses bonnes traditions. Celui-là enfin est du petit nombre de ces hommes qui amassent la considération, à mesure qu'ils avancent en âge, parce que leur caractère, encore plus que leur savoir, leur assure l'estime publique.

J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, pour conclusion de ce rapport, de nommer M. J.-R. Duval membre honoraire de la Société de chirurgie.

Sur le rapport et la proposition de M. Larrey, M. Duval est nommé par acclamation membre honoraire.

— M. LE PRÉSIDENT met ensuite aux voix les conclusions du rapport fait par M. Chassaignac sur les travaux de M. Broca.

M. Broca, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

### Sur les tumeurs fibro-plastiques. — Discussion.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques.

M. MARJOLIN. Si nous devons nous réjouir toutes les fois qu'un nouveau moyen d'investigation vient éclairer la science si difficile du diagnostic, à plus forte raison devons-nous ressentir une grande joie, lorsqu'à l'aide de ce même moyen nous pouvons dire avec certitude que parmi les maladies réputées jusqu'ici incurables il en est qui cessent de l'être du moment qu'à des signes bien tranchés on peut les différencier de celles avec lesquelles elles avaient été jusqu'à présent confondues.

Dans ces derniers temps, l'application de la physique et de la chimie au diagnostic de certaines affections a eu des conséquences bien précieuses; le microscope surtout a joué un grand rôle. On conçoit avec quelle ardeur, quel zèle, quel entraînement ceux qui se sont livrés à cette étude ont poursuivi leurs recherches lorsqu'ils ont cru trouver comme récompense de leurs travaux cette magnifique conséquence, que le cancer allait, sinon disparaître, au moins devenir plus rare; désormais on allait pouvoir compter avec ce terrible ennemi, et dire : Il y a une autre affection qui ressemble au cancer, mais sa curabilité étant la règle à l'avenir, on pourra, grâce à l'habileté, à la hardiesse des chirurgiens, poursuivre le mal jusque dans ses dernières limites, sans crainte de voir le malade succomber épuisé de douleur. On pourra, grâce à l'autoplastie, régénérer, modifier tellement ces tissus, que la récidive même sur place ne sera plus que l'exception. Quelle découverte, quel pas immense fait en avant, et combien cette pensée consolante a dû encourager les efforts de ceux qui se livraient à ces savantes et minutieuses recherches!

Comme vous tous, j'ai écouté avec une attention soutenue ce travail sérieux et plein de conviction que nous a lu notre honorable collègue M. Lebert; comme vous peut-être j'aurais voulu partager les convictions de l'auteur et dire : Voici donc une affection dont on est maître. A l'avenir, nous pouvons retrancher du groupe des cancers, non-seulement les ulcères rongeants du nez, des lèvres, de la face, en un mot toutes les tumeurs épithéliales ou épidermiques, mais même les tumeurs qui d'habitude siégent dans les organes glandulaires, dans le tissu musculaire, dans le tissu osseux et dans les organes génitaux; en un mot, toute la série des tumeurs fibro-plastiques.

Malheureusement, malgré tout le talent avec lequel ces idées ont été présentées et tous les arguments accumulés en leur faveur, je ne puis partager les opinions de notre savant collègue, non que je repousse le microscope; loin de là, je crois que c'est un instrument d'un usage très précieux; mais il faut en tirer des conséquences justes, et peut-être M. Lebert s'est-il laissé entraîner à tirer de ses recherches des conséquences qui ne sont pas entièrement d'accord avec les faits cliniques.

Tout d'abord nous avons été étonné de voir rassemblées en quel-

que sorte dans une même famille des affections dont l'origine et les suites sont si différentes. Que, sous l'influence d'une inflammation, il survienne une hypertrophie du tissu fibro-plastique, rien de plus naturel; mais que ce tissu ait la moindre analogie avec le tissu fibro-plastique spontané, c'est ce que l'on est en droit de contester.

En effet, il nous sera bien difficile d'admettre qu'entre les engorgements inflammatoires chroniques, spontanés ou traumatiques, et susceptibles de résolution, il n'y ait pas une différence essentielle qui les sépare d'une autre nature d'engorgement réfractaire à tous les résolutifs, susceptible de récidiver après son extirpation et pouvant infecter toute l'économie. Il est évident qu'il y a là une différence capitale; mais de ce que le microscope ne démontre pas ici de caractères différentiels entre les parties constituantes, cela ne suffit pas pour admettre presque leur identité.

Qu'une femme à la suite d'une couche ou d'une contusion du sein ait un engorgement chronique qu'elle néglige, irez-vous l'assimiler à une tumeur du sein, qui peut récidiver après son extirpation? Non certes. Irez-vous encore assimiler une de ces orchites chroniques dont les exemples sont si fréquents à une dégénérescence du testicule qui peut entraîner la mort du malade malgré l'extirpation de l'organe? Encore une fois, non. Il vous suffira de soumettre ces malades à un régime convenable; le traitement, à la vérité, sera long; mais avec du soin et de la persévérance vous arriverez à la résolution; tandis que dans l'affection qui nous occupe la seule amélioration que vous obtiendrez, ce sera d'isoler la partie dégénérée et de diminuer l'engorgement des tissus environnants; en un mot, vous réduirez la maladie à sa plus simple expression, vous aurez rendu l'opération plus facile.

Vous me direz peut-être : Mais habituellement les tumeurs fibroplastiques du sein ou du testicule succèdent à des inflammations réitérées, à une cause traumatique? C'est possible. Comme généralement nous voulons tout expliquer, nous nous emparons de tout ce qui peut ressembler à une cause, et nous en tirons quelquefois des conséquences peu justes. De ce qu'un individu lymphatique, après une entorse, une chute, a une tumeur blanche du pied, on ne peut pas dire que les chutes, les entorses, sont constamment l'origine des tumeurs blanches. Non, il y avait une prédisposition innée. Sous la cause occasionnelle la plus légère, la maladie inté-

rieure qui était cachée s'est montrée. C'est, pour me servir de l'expression de M. Lebert, le premier reflet d'une diathèse générale.

Nous n'admettrons donc pas qu'il puisse y avoir la moindre analogie entre l'hypertrophie purement inflammatoire et les tissus de formation spontanée qui, récidivant sur place après une opération, offrent tant de ressemblance avec cette affection désignée par Boyer et tant d'autres sous le nom de squirrhe, et qui ne me paraît autre chose qu'une période d'état ou une variété de cancer. J'ai relu dans ces derniers temps avec beaucoup de soin tout ce qui avait été écrit par cet illustre maître sur le squirrhe, et maintes fois j'ai été frappé des rapprochements qui existaient entre ce tissu et celui que notre honorable collègue a désigné sous le nom de tissu fibro-plastique.

Boyer n'avait pas employé le microscope; mais son expérience lui avait démontré que parmi les tumeurs désignées sous le nom de squirrhe ou de cancer, les unes s'accroissent très lentement, tandis que les autres font de rapides progrès; parfois les douleurs sont nulles, tandis que d'autres fois elles sont incessantes, continues. Il avait aussi remarqué que dans les cancers du nez et de la lèvre la guérison était possible; mais il avait ajouté en terminant que, malgré les opérations les mieux faites, c'est-à-dire celles où on avait tranché jusque dans les tissus sains, il y avait eu non-seulement des récidives locales, mais de véritables diathèses cancéreuses qui avaient fait périr les malades. Ainsi donc il avait déjà fait la part pour cette variété ou ce degré du cancer.

Mais déjà j'entends dire : Nous ne pouvons admettre comme véritable cancer que les tissus dans lesquels le microscope nous démontre l'existence de la cellule cancéreuse. D'accord; mais lorsque je dis : Je crois au microscope, ce n'est pour moi qu'un instrument de précision; il me fait voir jusqu'aux moindres atomes; il centuple la puissance de l'œil; mais pour le praticien cela ne suffit pas. Du moment que vous avouez que le chancre induré, examiné au microscope, ne diffère pas du tissu que vous enlevez sur un trajet fistuleux ou sur une plaie en voie de cicatrisation, vous avouez votre faiblesse. Il y a un inconnu que vous n'avez pu saisir, un inconnu qui échappe à vos sens, aidés de toutes les puissances de l'art, et cet inconnu, c'est la nature même du mal.

D'ailleurs, qui vous dit que ce tissu ne se transformera pas? Pour les micrographes, le ganglion lymphatique engorgé n'est que du tissu fibro-plastique. Voyez-le plus tard, il est devenu tuberculeux; il s'est ramolli, a suppuré. Par combien de transformations n'a-t-il pas passé avant d'arriver à cette dernière période!

Il en est de nos tissus comme de certains végétaux, ils sont sujets à des lois de transformation normales ou pathologiques; les premières commencent à être connues, les autres sont beaucoup plus obscures. Examinez un pois lorsqu'il se forme; le microscope ne vous donne que les éléments de texture végétale; plus tard vous y découvrez les éléments du sucre, et en dernier lieu ceux-ci sont remplacés par de la fécule. Eh bien! ce que le microscope vous démontre, le goût ne l'avait-il pas fait sentir?

Comment, lorsque nous voyons tous les jours dans la nature de semblables modifications se faire sous nos yeux, nous voulons refuser à un produit morbide la faculté de se transformer aussi! mais pour nier cette faculté, il faudrait que ce tissu délétère, qui par un singulier rapprochement porte le nom de deux parties essentielles à notre organisation, ne présentât jamais dans ses molécules cette conformation qui est regardée comme le type du cancer; mais il n'en est pas ainsi, les observations sont là pour prouver le contraire, et plus tard, si vous suivez avec soin les malades que vous aurez opérés pour des tumeurs fibro-plastiques, bien certainement vous serez à même de constater cette dégénérescence. Malheureusement il n'est pas toujours facile de suivre un malade, ou bien lorsqu'on le peut, et que la maladie est au-dessus des ressources de l'art, il arrive souvent qu'on lui conseille les fondants, l'air de la campagne; car on n'aime pas généralement à se trouver vis-à-vis d'une affection contre laquelle on se sent impuissant.

Ce que notre honorable collègue a voulu établir avant tout, c'est qu'entre le tissu fibro-plastique et le cancer il existe une différence essentielle. Examinons par quels points ces deux tissus diffèrent: Est-ce par les signes extérieurs? Non. Vous les connaissez tous, ils sont les mêmes. Est-ce par le siége de prédilection ou l'âge dans lequel se développe la maladie? Mais ce sont les mêmes organes qui sont envahis dans la même proportion, et c'est encore au même âge que les deux affections apparaissent toutes deux montrant la même irrégularité dans leur marche, toutes deux parfois indolen-

tes ou donnant lieu à des douleurs dont le caractère est névralgique. Les tumeurs fibro-plastiques sont-elles à l'abri des ulcérations des hémorrhagies? Nullement. Agissant comme le cancer à l'égard des organes voisins, elles les déplacent, les envahissent, les dépriment ou les détruisent; puis enfin, après avoir récidivé trois, quatre, cinq fois sur place comme le cancer, elles vous tuent comme lui; seulement le microscope vous démontre que la molécule intégrante n'a pas la même forme. Il y avait un caractère important qui pouvait servir à établir la différence entre le tissu fibro-plastique et le cancer, et je suis étonné que notre honorable collègue, qui a fait des recherches statistiques si intéressantes dans les auteurs et nous a, en outre, communiqué bon nombre d'observations personnelles, n'en ait fait aucune mention. Je veux parler de l'hérédité; eh bien, ce caractère qui va devenir un nouveau lien de famille entre les deux affections, Boyer nous en donne un exemple dans cette observation si curieuse d'une femme amputée de la cuisse pour un spina ventosa et un ostéosarcome du fémur. Cette observation se trouve consignée dans le tome III de ses œuvres chirurgicales. Pour Boyer, l'ostéosarcome était de nature à récidiver. Outre l'énorme tumeur qui nécessita l'amputation de la cuisse, la malade portait des tumeurs indolentes à la partie supérieure de l'humérus gauche et à la partie supérieure du tibia droit; elle fut amputée en 1810, et en 1828 elle jouissait encore d'une excellente santé.

Maintenant, ce qui est tout aussi extraordinaire que la persistance de la guérison dans un cas semblable, c'est que le père, les frères, sœurs, neveux et enfants de cette femme portaient tous depuis leur enfance des tubercules osseux situés sur la face externe des côtes ou à la partie supérieure de la face interne du tibia.

De ce fait je conclus que, si c'était du cancer, une guérison de dix-huit ans doit avoir une certaine valeur en chirurgie, et qu'il y a bien des tumeurs fibro-plastiques qui récidivent plus promptement.

Si maintenant, d'après les progrès de l'anatomie pathologique, nous devons ranger les ostéosarcomes dans les affections fibro-plastiques, il faudra bien convenir que l'affection est héréditaire comme l'affection cancéreuse; de là un nouveau caractère d'analogie.

Un fait aussi exceptionnel, me direz-vous, malgré toute l'auto-

rité du chirurgien qui l'a recueilli, ne suffit pas pour établir une règle. Soit, je le veux bien; mais alors, pour arriver à élucider la question, il est un moyen bien simple. Reprenez les observations sur lesquelles vous avez basé vos statistiques, voyez si on a fait mention de la santé des parents des personnes opérées de tumeurs fibro-plastiques; si parmi elles il en est dont les parents ont succombé à des affections cancéreuses, j'avoue que j'aurai bien peur pour celles qui n'avaient que des tumeurs fibro-plastiques. C'est un fait que nous pourrons même vérifier assez promptement, au fur et à mesure qu'au sein de la Société on aura occasion de pratiquer des ablations de tumeurs fibro-plastiques.

Voici un fait que j'ai eu occasion d'observer chez deux personnes à peu près du même âge : l'une, qui avait conservé à l'extérieur toutes les apparences d'une santé excellente, à tel point que personne ne se doutait de son état, est morte ayant la poitrine dévorée par un épouvantable cancer. A la même époque, sa sœur portait dans un sein une petite tumeur isolée, mobile, douloureuse; depuis quelques années on l'a extirpée, et il n'y a pas encore de récidive. Croyez-vous que, lors même que le microscope m'eût démontré qu'il n'y avait que du tissu fibro-plastique, toutes mes craintes seraient dissipées ? Nullement.

Nous avons entendu signaler comme un des caractères particuliers aux tumeurs fibro-plastiques la marche lente et souvent la conservation de la santé; mais tout le monde sait qu'il y a des cancers bien reconnus, même au microscope, qui ont mis nombre d'années à marcher, qui sont restés stationnaires une fois arrivés à une certaine période, et qui n'ont influé en rien sur l'état général de la santé : il suffit de visiter des établissements d'incurables pour s'en convaincre.

J'en dirai autant de la douleur.

Il y a un caractère auquel les partisans de cette nouvelle classification semblent attacher une grande importance; c'est que, le plus habituellement, la maladie ne récidive que sur place, et que, lors même que les malades succombent, on ne trouve qu'une tumeur unique.

Messieurs, je me contenterai, pour répondre à ce point, de faire un appel à vos souvenirs. Vous n'avez certes que vu trop d'opérations de cancer; où la récidive s'est-elle reproduite ? Presque

constamment sur place, et j'ajouterai que l'infection ou la cachexie cancéreuse est tellement l'exception, qu'elle ne compte pas pour un dixième dans le nombre des malades opérés ou non opérés. Ensuite, pour que ce caractère eût une certaine valeur, il faudrait qu'il fût constant, et notre collègue nous a dit lui-même que, chez un malade qui avait subi l'amputation du testicule pour une dégénérescence fibro-plastique, la maladie avait récidivé.

Il est pourtant difficile de trouver un organe plus isolé, plus circonscrit; il n'y avait pas là à craindre de laisser l'opération imparfaite.

Je cite ce cas; mais je pourrais citer d'autres faits du même genre.

Parlerez-vous du temps que met l'affection fibro-plastique à récidiver? Mais elle va aussi vite, peut-être même plus vite que le cancer. Rappelez-vous un peu les deux faits présentés par MM. Larrey et Chassaignac; en quinze mois trois récidives chez l'un, et, chez l'autre, il y a eu quatre ou cinq opérations dans le même espace de temps. Cependant l'opération avait été largement faite; elle avait été conduite dans ce but que, si on enlevait tout ce qui était malade, la guérison serait la règle. Avec une pareille pensée, comme vous devez le comprendre, on suit son ennemi partout; on coupe en chair vive, puisqu'il n'y a de salut qu'à ce prix, et cependant vous avez vu à quoi cela avait abouti, à recommencer comme dans le cancer, jusqu'à ce qu'un jour on ne puisse plus rien oser. Si d'habitude la maladie marche lentement, il faut convenir que parfois il y a aussi des exceptions bien cruelles.

Examinez ce que deviendront les malades que vous avez opérés pour des tumeurs fibro-plastiques du maxillaire supérieur; faites-en le dénombrement dans quelques années, et vous verrez ce qui aura survécu. Est-ce à dire, pour cela, que je croie qu'il faille reculer devant des opérations qui peuvent diminuer les souffrances pendant un certain temps ou prolonger l'existence pendant des années? Non certes.

Puisque notre honorable confrère s'était livré à des recherches statistiques, il aurait dû nous dire quelle était la proportion des tumeurs fibro-plastiques par rapport au cancer; il doit y avoir une proportion intéressante et facile à connaître, puisque la règle, pour les tumeurs fibro-plastiques, c'est la curabilité.

J'arrive maintenant à l'application du microscope comme moyen de diagnostic, car c'est là un point bien essentiel. Vous savez tous combien on éprouve d'embarras pour assigner à une tumeur, à une ulcération son véritable caractère ; il y a deux écueils à éviter : ou faire une opération inutile, c'est-à-dire enlever une tumeur susceptible de résolution ; ou perdre un temps bien précieux en remèdes généraux ou locaux. Si le microscope peut *à priori* nous faire reconnaître le véritable caractère de la maladie, il aura rendu un immense service.

Pour connaître les caractères d'une tumeur, bien souvent on pratique une ponction exploratrice : tantôt on amène du sang, de la sanie ; quelquefois il ne sort rien qu'un peu de sérosité. Avons-nous là des éléments suffisants pour les micrographes ? Non. Je ne parle pas des ulcérations, là il est toujours facile d'obtenir une partie suffisante du tissu pour l'examiner ; je parle des tumeurs du sein, du sinus maxillaire, du testicule, de celles où il serait bien important de connaître tous les éléments, car il en est qui, étant reconnues cancéreuses, seraient bien certainement abandonnées. Or, dans ces cas, je dis qu'une ponction exploratrice aidée du microscope ne sera pas plus profitable pour le diagnostic qu'elle ne l'était autrefois, se fût-on servi d'un trocart perforé pouvant ramener des parcelles de tissu à diverses profondeurs, absolument comme dans le sondage des terrains.

Pour que l'analyse microscopique ait de la valeur, il faut qu'elle porte sur une partie assez considérable de tissus, absolument comme l'analyse chimique d'un échantillon de minerai ; car, de même que tel échantillon rendra peu ou point de métal, de même telle partie d'une tumeur pourra ne contenir que très peu ou même point de cellules cancéreuses.

Comme exemple de cette proposition, je citerai le fait suivant :

Le 5 février 1845, M. Lenoir présentait à la Société une tumeur du sein pesant une livre et demie qu'il avait enlevée le matin même sous le sein droit d'une femme ; la tumeur était isolée de la glande mammaire ; elle était d'un tissu grisâtre, résistant, offrant à son intérieur une multitude de petites loges qui contenaient un liquide visqueux et jaunâtre, assez semblable à celui qu'on exprime par la pression de la glande prostate hypertrophiée. La nature mal définie

de cette tumeur fit naître la pensée de la soumettre à l'examen microscopique.

M. Huguier en soumit une partie à un observateur habile, à M. Mandl, et il trouva que la substance d'un blanc grisâtre qui était au centre de la tumeur était formée de cellules renfermant des globules cancéreux qui contenaient eux-mêmes un liquide au centre duquel se trouvaient des granulations ; tandis que la substance blanche qui était à la superficie de la tumeur était composée de globules arrondis, légèrement transparents à leur centre, et qui lui semblèrent composés de globules mammaires.

M. Nélaton, de son côté, soumit une autre portion de la tumeur à un autre micrographe non moins habile, à M. Lebert, qui trouva que sous de faibles grossissements la tumeur offrait un aspect lobulé à lobules multiples et arrondis, ayant tout à fait l'aspect du tissu glandulaire.

D'autres préparations microscopiques n'aboutirent qu'à démontrer qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la glande mammaire et du tissu cellulaire; mais nulle part il n'y avait trace d'affection cancéreuse.

Que conclure de ce fait? qu'il peut y avoir des dissidences très marquées entre des hommes également habiles? Nullement. Il faut en conclure qu'une portion de la tumeur était riche en cellules cancéreuses et que dans l'autre il y en avait absence complète.

Qu'aurait-on obtenu avec une ponction exploratrice? Aucun renseignement.

Nous devons donc dire : les ponctions exploratrices faites dans le but de s'éclairer à l'aide du microscope sont loin d'avoir une grande importance, elles restent ce qu'elles étaient avant, bonnes pour juger si une tumeur est liquide ou solide, remplie de pus, de sang ou d'hydatides ; mais le peu de tissus qu'on ramène avec le trocart n'est pas un élément suffisant pour en tirer une conclusion décisive, et n'oublions pas en passant de dire que les ponctions exploratrices sont loin d'être innocentes. Ce n'est donc que lorsque la tumeur est enlevée qu'on peut déterminer exactement sa nature, lorsqu'on l'a examinée en entier.

Ainsi, même en admettant que le microscope soit un moyen infaillible dans la grande majorité des cas, ce n'est qu'*à posteriori* qu'il établit le point le plus essentiel : le diagnostic.

Ce serait encore beaucoup si, au moins, il nous restait comme consolation, la certitude d'avoir délivré entièrement un malade d'une épouvantable maladie; mais il n'en est rien, car, à part la différence de forme moléculaire, vous avez vu que tous les caractères de la maladie sont essentiellement les mêmes. On peut les mettre sur deux lignes presque *ex æquo* sans crainte de se tromper, et je crois qu'en saine pratique il ne faut pas attacher une aussi grande importance à une simple différence de conformation moléculaire.

D'après ce qui précède, je me demande si on ne pourrait pas supposer que dans quelques-unes de ces affections désignées sous le nom de tumeurs fibro-plastiques il y a une période d'état caractérisée par un état moléculaire, très reconnaissable à l'aide du microscope, mais susceptible plus tard, par suite d'un travail dont nous ne connaissons pas encore les lois, de subir des transformations qui lui font perdre ces apparences physiques qui étaient son seul caractère. Il est possible que ce ne soit pas là le dénoûment de la question, mais, lorsqu'on voit dans certains végétaux, non-seulement l'aspect, la couleur, la saveur et d'autres caractères changer, il est permis de se demander si bon nombre de tumeurs fibro-plastiques ne seraient que des cancers à l'état de crudité. Certes, il y a une bien grande différence entre l'engorgement lymphatique des ganglions du cou, le tubercule à l'état de crudité qui s'y développe et l'abcès froid qui en est la terminaison; et, cependant, le tout n'est qu'une seule et même affection à des périodes diverses.

Ou enfin, si le tissu fibro-plastique n'est jamais susceptible de présenter la cellule cancéreuse, c'est une variété de cancer qui a une autre texture.

La pathologie permettant comme la botanique de grouper ensemble certaines affections, et d'en faire, si je puis le dire, des familles naturelles, je n'aurais été nullement étonné d'entendre dire que dans les affections cancéreuses il y en avait de plusieurs genres, de plusieurs variétés, toutes distinguées par des caractères propres, faciles à saisir; que de toutes ces variétés la moins pernicieuse était celle qu'on désignait sous le nom de tissu fibro-plastique, à cause de la prédominance de l'élément fibro-plastique pendant un certain temps, et de la rareté de la cellule cancéreuse. J'aurais accepté cette variété de cancer, comme je crois qu'il y a

un cancer de la peau nommé cancer épithélial, à cause de la prédominance du tissu épithélial. C'eût été une variété moins dangereuse de cancer, comme dans les champignons vénéneux il y en a dont les propriétés sont plus ou moins malfaisantes.

En résumé, quels sont donc les avantages du tissu fibro-plastique? Rien ne nous démontre qu'on n'en hérite pas; il récidive sur place comme le cancer, car vous m'accorderez bien que le plus habituellement le cancer bien reconnu ne récidive que sur place : assez souvent il ne cause que des douleurs passagères; mais vous avez aussi des cancers indolents malgré leur volume, l'étendue de leur surface. Le tissu fibro-plastique se borne-t-il à un seul tissu? Non, comme je le disais tout à l'heure; semblable au cancer, il envahit tous nos tissus dans la même proportion et aux mêmes époques de la vie; il s'ulcère, donne lieu à des hémorrhagies, et enfin, de l'aveu même des micrographes, il peut constituer une infection. Enfin, est-il lui-même à l'abri de la dégénérescence cancéreuse? Nullement; il y en a des exemples, et, comme dans tous les systèmes absolus, il faut toujours une réserve qui vous met à l'abri de tous les arguments; vous avez à la fin la série des tumeurs malignes, et, il faut l'avouer, elles sont tout aussi pernicieuses que le plus mauvais des cancers.

J'admettrais volontiers qu'avant que la cellule cancéreuse soit visible au microscope, il faut que la maladie passe par une série de transformations qu'il est très important de connaître, car si le chirurgien est assez heureux pour opérer lorsque les tissus ne présentent encore que l'élément fibro-plastique, il a peu de chances pour prévenir l'infection générale et n'avoir de récidive que sur place, et dans une époque d'autant plus éloignée que la maladie aura été plus complétement enlevée.

Peut-être qu'envisagée de cette manière, la doctrine de notre savant collègue eût rencontré moins d'opposition; et elle eût présenté pour le malade comme pour le chirurgien un côté consolant, à savoir : que de tous les cancers, celui qui a la marche la plus lente, les suites les moins funestes, c'est celui où domine l'élément fibro-plastique.

Et en admettant même cette conclusion, il n'en restera pas moins vrai, de l'aveu même des micrographes, que l'élément fibro-

plastique est dans l'état pathologique un des éléments les plus dangereux qui puissent se développer dans notre économie.

M. Lebert répond à M. Marjolin. Mon honorable collègue M. Marjolin vient de vous exposer dans une argumentation écrite ses objections contre les doctrines que j'ai eu l'honneur de défendre devant la Société. Si je préfère répondre immédiatement, je sens que j'ai besoin de l'indulgence de la Société pour cette réplique tout improvisée.

Avant tout, j'éprouve le besoin de remercier M. Marjolin pour la bienveillance personnelle qui règne dans son argumentation. Pour ma part, je me tiendrai sur le même terrain; et si dans la chaleur de l'improvisation quelques paroles un peu vives m'échappaient, je prierai mon honorable collègue de ne point y voir une intention personnelle.

Dans tout le courant du travail que j'ai lu devant la Société, j'ai cherché à ne taire aucune des conséquences fâcheuses que pouvaient quelquefois entraîner les tumeurs fibro-plastiques, mais malgré cela, je suis arrivé à tracer d'une manière nette et précise des différences fondamentales entre les productions fibro-plastiques et le cancer, tant sous le rapport anatomique, aidé du microscope, que sous celui de l'observation clinique et de la thérapeutique.

Je ferai ici une remarque préliminaire à laquelle j'attache une grande importance, c'est que j'ai été obligé de fonder la plupart de mes doctrines sur un grand nombre d'observations que j'ai recueillies moi-même depuis un certain nombre d'années, tant dans les hôpitaux que dans ma pratique. J'ai bien souvent déploré les lacunes, sous ce rapport, que j'ai rencontrées à chaque pas en lisant les auteurs. Partout beaucoup d'assertions, partout des doctrines, mais les preuves et les pièces justificatives, je les ai vainement cherchées dans la plupart des publications faites sur le cancer et les maladies confondues avec lui. L'anatomie pathologique des tumeurs y est généralement mal faite. On se contente d'indiquer quelques caractères physiques; à peine jette-t-on un coup d'œil sur une coupe fraîche. Quant à la texture, il en est à peine question, ce qui n'empêche pas les auteurs de porter un jugement net sur la nature des tissus accidentels. On est ainsi resté assez généralement au-dessous même du degré de prévision que l'œil nu peut fournir pour leur détermination. Mais là où j'ai le reproche le plus grave à formuler

contre les travaux de la chirurgie moderne, par rapport aux tumeurs, c'est dans l'observation clinique, au lit du malade. On ne saurait imaginer combien les observations véritablement bien faites et complètes sous ce rapport sont rares dans la science, et, s'il est indispensable pour arriver à des doctrines d'avoir par devers soi un grand nombre de faits bien observés et bien analysés, il est avant tout essentiel de commencer par avoir de bonnes unités de faits et d'avoir noté pour chaque cas particulier tous les détails de la santé antérieure des malades, des renseignements sur celle des parents, une description minutieuse du développement du mal local et de ses caractères physiques, un examen clinique ensuite de tous les organes du corps, puis la marche ultérieure. Une opération étant devenue nécessaire, pas un détail essentiel ne doit manquer dans les rapports de la tumeur avec les tissus et les organes du voisinage, dans son aspect et dans sa structure. L'examen microscopique ne saurait jamais manquer, sans que l'on s'expose à tomber dans une omission regrettable. Quelques essais chimiques doivent compléter ces études physiques. Le malade enfin vient-il à mourir, il faut examiner à l'autopsie tous les organes du corps avec le plus grand soin.

N'ayant point trouvé la science faite d'après ces principes, mais ayant de mon côté toujours suivi cette manière d'observer, grâce en partie aux préceptes de mon savant maître et ami M. Louis, et aux études physiologiques auxquelles je me suis toujours livré, je ne devais fonder mes opinions que sur les détails que mes propres observations renfermaient. Attaquer les doctrines contradictoires, non basées sur l'analyse des faits, était dès ce moment non-seulement permis, mais devenait pour moi un devoir sacré.

Je puis dire aujourd'hui qu'après avoir travaillé longtemps dans cette direction, il n'y a nullement désaccord entre l'anatomie pathologique et la clinique; et soyez bien persuadés que chaque fois que vous rencontrerez des différences constantes entre deux tissus morbides, c'est qu'avec quelque attention vous découvrirez toujours aussi une différence de marche et de mode d'être pathologique.

Vous vous étonnez de ce que le tissu fibro-plastique se rencontre dans des conditions si diverses. A mon tour je ne comprends pas cet étonnement. Ne vous ai-je pas dit que le tissu fibro-plastique

n'était autre chose que du tissu cellulaire ou connectif en voie de formation, et que les tumeurs fibro-plastiques renfermaient exactement les mêmes éléments que le tissu connectif de l'embryon? Qu'y a-t-il donc d'extraordinaire qu'un tissu qui est une variété du tissu cellulaire, qui est le plus répandu dans l'économie, se montre dans des localités différentes? Le contraire serait inexplicable. Et ici je dois insister sur un des points les plus essentiels de la différence qui existe entre le tissu fibro-plastique et le tissu cancéreux. Tandis que le premier se montre déjà pendant la vie embryonale, puis dans l'organisme, à l'état de développement complet, ensuite dans les produits de l'inflammation, de l'hypertrophie, et enfin dans des productions autogènes; tandis qu'il est, en un mot, omœomorphe; le cancer, au contraire, est un tissu toujours étranger à l'économie, en un mot, toujours hétéromorphe. Ce fait, qui m'avait fait une si profonde impression dès mes premiers travaux anatomiques, et auquel j'étais arrivé pendant que je recueillais encore mes matériaux, je l'ai retrouvé plus tard dans les œuvres des meilleurs anatomo-pathologistes, des Laënnec, des Lobstein, des Carswell.

La différence de gravité entre le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire et celui des tumeurs n'est pas aussi tranchée qu'elle le paraît au premier abord. Bien des testicules doivent être extirpés par suite de l'organisation définitive de ce tissu dans leur trame, lors même que l'inflammation chronique en a été le seul point de départ. Quant aux arthrites chroniques, elles guérissent lorsque ce tissu passe à l'état fibreux; mais, malheureusement, ce n'est pas l'état le plus fréquent; souvent, au contraire, le tissu fibro-plastique qui constitue cette masse lardacée autour des articulations, que tous les chirurgiens reconnaissent avec crainte, s'organise pour son propre compte, et si bien que l'amputation seule débarrasse le malade de la source de ses souffrances. D'un autre côté, les tumeurs fibro-plastiques essentielles peuvent aussi bien se flétrir et disparaître que le tissu fibro-plastique d'origine phlegmasique; ce dont on trouve la preuve dans l'histoire de la kéloïde, pour laquelle je l'ai observé. Ce fait a été signalé et fort bien décrit aussi par M. Firmin, dans sa thèse inaugurale sur la kéloïde.

Pour ce point de doctrine, comme, du reste, je ne crains pas de le dire, pour beaucoup d'autres, M. Marjolin n'a opposé à mes ana-

lyses de faits que des impressions pratiques manquant de base, en ce sens qu'il n'a produit aucune espèce de pièce justificative ni de statistique raisonnée tirée de sa propre expérience, ou, pour m'exprimer plus sobrement, tirée de ses notes.

Quant aux faits appartenant à d'autres, il faut avouer qu'il n'a pas été heureux dans son choix. Passons en revue plusieurs de ces faits, et voyons quelle sera leur place dans cette discussion, après une analyse complète.

L'observation d'un cancer à marche lente, héréditaire dans une famille, que M. Marjolin a tirée de l'ouvrage de Boyer, se rapporte à une pièce qui est conservée dans le musée Dupuytren. C'est une tumeur cartilagineuse pure et simple, un enchondrome, comme peuvent l'attester mes honorables collègues MM. Lenoir, Houel et Follin. Les tumeurs dures que plusieurs membres de cette famille portaient aux orteils se rapportent admirablement bien aussi à l'histoire de l'enchondrome. M. Marjolin a donc prouvé la thèse contraire, l'hérédité d'une tumeur non cancéreuse; et ce fait doit être élagué complétement de la discussion.

Le second fait est celui d'une hypertrophie de la mamelle, enlevée par M. Lenoir en 1845. M. Marjolin raconte qu'une portion de la tumeur avait été envoyée à M. Mandl, qui y avait trouvé les éléments du cancer, tandis que, de mon côté, j'avais trouvé les éléments de la mamelle à l'état hypertrophique. Je reviendrai tout à l'heure sur le procédé employé à mon égard à cette occasion. Je vais d'abord édifier la Société sur la valeur scientifique de ce fait, qui, du reste, a déjà fait de ma part le sujet d'une longue lettre, insérée en 1845 dans la *Gazette médicale*, et qui se trouve reproduite très au long dans ma *Physiologie pathologique*. Il s'agit d'une femme, jeune encore, âgée de 32 ans, offrant toutes les apparences d'une fort belle santé, qui, dans l'espace de douze ans, a vu se développer cette tumeur du sein qui pendant les derniers temps était devenue douloureuse. Absence de tout retentissement ganglionaire, absence de tout trouble fonctionnel, conservation des forces et de l'embonpoint; en un mot, mal local s'il en fut jamais. L'extirpation faite, on envoie quelques parcelles à M. Mandl, qui ne s'est jamais occupé d'anatomie pathologique avec suite. De mon côté, je reçois la tumeur tout entière, qui était très-volumineuse et qui pesait 650 grammes, et je n'y trouve absolument

d'autres éléments que ceux d'une hypertrophie. Eh bien! depuis huit ans bientôt que l'opération a été pratiquée, la malade continue à être exempte de toute récidive et à se porter parfaitement bien, d'après les renseignements de M. Lenoir lui-même.

Qu'il me soit permis de dire à présent un mot sur ce mode de procéder. On envoie souvent à plusieurs personnes qui s'occupent d'études microscopiques quelques parcelles d'une tumeur, et on dit malignement : « Pour le microscope il y en aura toujours assez. » C'est une manière de faire détestable. On a l'air de vouloir faire faire à des savants un assaut de spadassins; on a bien plutôt l'intention de leur tendre des piéges que de vouloir s'éclairer. Je déclare une telle manière de faire comme tout à fait au-dessous de la dignité de la science.

Je dois même, à cette occasion, protester d'une manière énergique contre la dénomination de micrographe. Nous tous qui nous occupons ici de ce précieux et incomparable instrument, qui est une des plus grandes merveilles qu'ait enfantées l'esprit humain, nous sommes médecins et pathologistes avant tout. Notre but à tous est de guérir ou de soulager les souffrances de ceux qui nous honorent de leur confiance, et si, après avoir fait une étude anatomique aussi complète que l'œil nu peut le faire, nous nous adressons à cet admirable œil perfectionné que l'on appelle microscope, nous cherchons des ressources dans les sciences naturelles que la pathologie pure ne nous offrirait point. On n'a pas besoin d'inventer un nom particulier pour cela. Ce nom me paraît tout aussi peu convenable que celui d'urographe que l'on appliquerait aux médecins qui étudieraient les urines par les réactifs chimiques, ou celui de coprographe, nom pompeux sous lequel on désignerait l'homme qui serait curieux de savoir de quoi sont composées les matières fécales dans la dyssenterie ou la fièvre typhoïde.

Nous arrivons à un des points importants de la discussion. Malgré toutes les preuves accumulées dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société sur les différences fondamentales qui existent entre les tumeurs fibro-plastiques et le cancer, M. Marjolin se refuse à les reconnaître, et il dit que, parce que dans l'une et dans l'autre la récidive peut avoir lieu et la généralisation survenir, la mort même en être la terminaison, il y a identité entre les deux affections. Je rappellerai brièvement cependant

toutes ces différences fondamentales. Comme tissu, nous l'avons vu, le fibro-plastique est une reproduction d'éléments normaux; tandis que le cancer est un élément hétéromorphe. Comme dépôt local, la tumeur fibro-plastique se comporte de la même façon que les tumeurs fibreuses, graisseuses et autres productions homœomorphes, c'est-à-dire qu'elle écarte les tissus voisins sans se les assimiler, tandis que le cancer les fait disparaître par un véritable travail de substitution. Comme marche et développement local, les tumeurs fibro-plastiques ne s'ulcèrent que rarement et dans des conditions seulement où toute espèce de tumeur subirait la même altération : c'est lorsque l'emploi imprudent des caustiques en a dénudé la surface, ou lorsque, devenues très volumineuses, elles ont usé les téguments qui les recouvraient. Dans le cancer l'ulcération est, au contraire, une propension naturelle bien autrement fréquente. Dans les tumeurs fibro-plastiques l'absence de retentissement sur les ganglions lymphatiques voisins est la règle, et vous en avez vu de beaux exemples chez les malades présentés encore récemment par MM. Chassaignac et Larrey. Dans le cancer le retentissement ganglionaire est un fait aussi commun pour les tumeurs de la surface que pour celles situées dans la profondeur des organes.

Quant à l'infection générale par des dépôts secondaires, M. Marjolin prétend qu'elle n'a lieu pour le cancer que dans le dixième des cas. Erreur profonde ! De simples souvenirs ne sauraient lutter ici contre une statistique qui est le résultat d'observations péniblement recueillies pendant 11 ans, au nombre de 467 pour le cancer bien confirmé seul. La moyenne totale des infections a été, d'après mes recherches, presque des trois cinquièmes (0,56), et elle a oscillé, selon les divers organes, entre le tiers et les quatre cinquièmes.

Pour les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, nous n'avons pu recueillir dans toute la science, malgré les recherches bibliographiques les plus soigneusement faites, que six cas en tout, et nous n'allons évidemment pas trop loin en signalant ce fait comme tout à fait rare et exceptionnel. M. Marjolin ne voit pas ces différences, mais pour nous, qui sommes ami du positif, nous ne partagerions l'avis de notre honorable collègue sur l'identité que lorsqu'il aurait démontré l'identité entre 56 pour cent d'un côté et 1 à 3 pour cent de l'autre.

Tout le monde sait à quel point la santé générale est profondément troublée lorsqu'une affection cancéreuse a duré depuis un certain temps, tandis que tous les observateurs sont frappés de l'intégrité de la santé générale dans les tumeurs fibro-plastiques, même opiniâtres à la récidive. La durée totale des affections cancéreuses varie en moyenne entre 27 et 42 mois; elle n'est que de 13 et de 16 mois pour les cancers de l'utérus et de l'estomac. Pour les tumeurs fibro-plastiques au contraire, elle est bien plus souvent de 5 à 10, même 15 et 20 ans que de courte durée, et celle de 1 à 3 ans est la rare exception. Cette grande chronicité, comme durée moyenne, constitue encore incontestablement une profonde différence. L'âge, dans le cancer, est différent également de celui des tumeurs fibro-plastiques. Rare avant 30 ans, le cancer commence à se montrer plus souvent entre 40 et 50, atteint son maximum entre 40 et 60, et après 60 ans il est plus fréquent encore qu'avant 40 ans. Les tumeurs fibro-plastiques se rencontrent à tout âge, mais elles sont plus fréquentes entre 35 et 50 ans; ce qui, d'après nos recherches statistiques, est du reste le cas pour presque tous les produits accidentels.

Une des grandes objections de notre honorable collègue est l'opiniâtreté des récidives; mais ici je ferai ressortir deux points qui démontrent toute la différence qui existe entre les deux affections. Je dirai à cette occasion que, loin d'encourir le reproche d'avoir inutilement multiplié les divisions en anatomie pathologique, je crois avoir contribué au contraire à rendre la pratique plus saine, plus active, plus consolante et à arracher à la mort un certain nombre de victimes que le chirurgien, découragé par les terribles insuccès des opérations multipliées dans le véritable cancer, abandonnerait peut-être à leur malheureux sort, sans ces notions précises auxquelles je cherche à acquérir aujourd'hui le droit de domicile dans la science.

La récidive, dans le cancer, est non-seulement locale, mais souvent éloignée. Aucune règle fixe n'existe à cet égard. Elle est constamment locale dans les tumeurs fibro-plastiques, sans compter que j'ai péremptoirement démontré que dans un bon nombre de cas elle tient à des opérations incomplètes. Comparez, d'un autre côté, dans quelles circonstances vous faites une deuxième, une troisième, une quatrième opération à un homme atteint d'une tumeur

fibro-plastique avec le tableau des malades que vous opérez pour des récidives cancéreuses.

Vous avez tous présent à l'esprit le fait de ce conducteur d'omnibus auquel M. Chassaignac a enlevé cinq fois depuis quatre ans des tumeurs fibro-plastiques, toujours à la même place, sur la région thoracique, près de l'aisselle. Eh bien! chez cet homme jamais aucun retentissement sur les ganglions du voisinage, jamais aucun trouble de la santé générale n'a eu lieu. Aujourd'hui encore il fait son pénible service de conducteur d'omnibus, pour lequel, vous le savez, il faut être debout pendant 16 heures sur 24, exposé à toutes les intempéries des saisons, prêtant une attention constante aux personnes qui approchent, qui montent ou qui descendent de voiture. Quant à l'aspect extérieur de cet homme, son œil est vif, son teint est bon, ses muscles sont forts, son embonpoint naturel; en un mot, rien ne manque pour prouver que chez lui il ne s'agit que d'un mal local. Fouillez, d'un autre côté, dans vos souvenirs pour vous rappeler dans quelles circonstances vous avez fait des secondes et troisièmes opérations de cancer du sein. Ces malheureuses femmes, qui la première fois présentaient encore une santé passable, offrent à l'époque des opérations ultérieures, un teint pâle, l'œil terne, un affaissement général, un dépérissement progressif. A cette malheureuse femme à laquelle vous avez enlevé une première fois une tumeur cancéreuse du col utérin, vous la voyez, à l'époque de la récidive, pâlie et affaiblie par les pertes, avec un écoulement fétide, avec des douleurs insupportables dans le bassin, les lombes et les cuisses, en proie à une agitation et une insomnie que l'opium ne fait cesser que d'une manière trop passagère. Ce triste tableau, qui pour nous tous est un souvenir, n'est certainement pas exagéré. Je rappellerai ici un fait qui m'a vivement impressionné. C'est la mortalité proportiellement bien plus grande dans les hôpitaux pour l'opération des tumeurs cancéreuses, en comparaison avec celles faites pour les autres tumeurs. Il meurt, d'après mes relevés statistiques, qui sont en tout point d'accord avec ceux de mon ami M. Broca, un sixième des malades opérés du cancer du sein, tandis que la mort est la rare exception chez les femmes auxquelles on enlève des tumeurs hypertrophiques du même organe et quelquefois pourtant leurs dimensions sont bien considérables.

On m'objecte, comme obstacle à ma différentiation, la diathèse, fibro-plastique générale, que l'on voit quelquefois survenir. Mais ici encore je ferai observer à mon honorable collègue que la pathologie humaine et plus encore la pathologie comparée nous offrent de nombreux exemples de maladies diathétiques qui sont aussi différentes que possible du cancer. Chez l'homme, nous connaissons sous ce rapport la diathèse tuberculeuse; nous voyons quelquefois des ganglions lymphatiques, des glandes sébacées s'hypertrophier en grand nombre, des tumeurs fibreuses et graisseuses apparaître sur un grand nombre de points du corps à la fois. J'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, dans mon travail sur le névrome, dix-sept observations de véritable diathèse névromateuse et des milliers de ces tumeurs étaient répandues sur le trajet de tous les nerfs de l'économie. Mais pour bien comprendre la nature des tissus morbides et celle des diathèses, la pathologie comparée est bien autrement utile encore que celle de l'homme, étudiée isolément.

Voici d'abord quelques données sur une forme d'ostéosarcome fibro-plastique que l'on observe surtout chez le bœuf, plus rarement chez le cheval, et qui offre tout à fait les caractères des tumeurs fibro-plastiques chez l'homme. Ce mal siége surtout aux mâchoires, auxquelles il donne de telles dimensions que l'on a donné à cette affection le nom de « haut de graisse. » Malgré les dimensions considérables, le prix de ces animaux n'en est point diminué; leur santé générale n'en souffre point et ils arrivent au terme naturel de leur existence. Les tumeurs fibro-plastiques sont connues chez le cheval, chez le bœuf, chez le chien; on rencontre quelquefois des tumeurs multiples sous la peau, mais sans que les organes internes en soient atteints et sans que la marche et la durée de la vie en soient influencées. Chez le cheval la maladie appelée verrues est constituée également par une multitude de tumeurs fibro-plastiques qui siégent dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; mais jamais l'animal n'en meurt. Le tissu de ces tumeurs est ferme, d'un blanc jaunâtre et ne contient point de suc trouble; en un mot, la structure anatomique et la marche clinique démontrent que la diathèse fibro-plastique chez les animaux est complétement différente de la diathèse cancéreuse.

La mélanose est également une affection diathésique très-répan-

due chez les chevaux blancs. Anatomiquement, elle offre l'absence de la cellule cancéreuse, et chimiquement elle présente cela d'important qu'elle permet à ces chevaux de vivre aussi longtemps que ceux qui n'en ont pas, et qu'elle ne produit d'accidents graves que lorsque la localisation a lieu de façon à intercepter quelque fonction essentielle à l'entretien de la vie. Il n'existe point chez les animaux de cachexie mélanique, tandis qu'au contraire elle accompagne constamment les maladies cancéreuses à leur dernière période.

La diathèse graisseuse s'observe chez le chien, le cheval et le bœuf. Ce sont des tumeurs multiples de toutes les parties du corps, soit extérieures, soit que leur siége ait lieu dans les cavités internes, surtout dans le tissu sous-péritonéal et sous-pleural. Lorsque cette diathèse existe, l'excision est suivie de la reproduction locale, et pourtant ces tumeurs offrent indubitablement les caractères du lipome ordinaire.

Chez le chien, il existe une prédisposition particulière à rendre toute espèce de maladie diathésique. Il est ainsi des polypes, souvent multiples à la fois dans les fosses nasales et dans le vagin. Lorsqu'une mamelle s'hypertrophie, presque toutes suivent le même travail morbide; il en est de même enfin des enchondromes de la mamelle, fréquents chez ces animaux. Voilà donc bien des exemples de diathèses chez l'homme et chez les animaux, dont l'existence ne saurait être révoquée en doute, et que l'on ne saurait confondre avec le cancer sans tomber dans les doctrines les plus paradoxales. Je dois ajouter qu'une partie de ces renseignements m'ont été fournis par un de nos vétérinaires les plus distingués, M. Leblanc père, et que M. Follin et moi nous avons pu vérifier la plupart des détails de ces faits.

On a dit que l'acceptation du terme de cancer, telle qu'on la trouve dans Boyer, était bien plus satisfaisante que celle que nous donnent les travaux récents sur la matière. Sans compter les descriptions fort incomplètes de ce grand écrivain, on trouve chez lui des contradictions flagrantes. C'est ainsi qu'il insiste sur l'incurabilité du cancer du sein, sur sa nature squirrheuse ou encéphaloïde, tandis qu'il nie ce tissu dans le cancer ulcéré de la face, auquel il donne en outre, pour caractère, sa curabilité fréquente. C'est qu'en qualité de bon praticien, il avait été frappé de ces différences;

mais ses recherches étant incomplètes, il n'a su les formuler en doctrines. M. Marjolin a dit que le cancroïde de la lèvre inférieure produisait aussi bien l'infection cancéreuse que le véritable cancer, or ce fait n'est pas exact : c'est un mal local grave qui, par ulcération, peut détruire les tissus voisins, et qui peut atteindre les glandes lymphatiques voisines ; mais jamais je n'ai rencontré un fait d'infection de l'économie par suite d'un cancroïde de la lèvre. L'ulcération parvient, du reste, comme nous l'avons déjà vu, dans toute espèce de tumeur, ainsi que l'hémorrhagie lorsqu'un vaste ulcère existe. On oublie trop facilement que les tumeurs ordinairement les plus bénignes, composées d'un tissu évidemment non cancéreux, peuvent affecter, dans certaines circonstances, une marche très-grave, sans que l'on soit pour cela en droit de les assimiler avec le cancer. J'ai vu, il y a à peine un an, à la Société anatomique, une tumeur cartilagineuse qui s'était développée promptement, qui avait brisé plusieurs côtes, dans laquelle des cavités s'étaient creusées, dont l'une ulcérée fournissait tous les jours plusieurs onces d'un liquide trouble. Eh bien, de l'avis de tous ceux qui ont étudié cette tumeur après la mort, il n'y avait pas d'autres éléments que ceux du cartilage. Nous trouvons dans les Mélanges de chirurgie étrangère, l'observation d'un lipome énorme du dos opéré par J.-P. Maunoir et avec plein succès. Cependant, avant l'opération, les grandes dimensions du produit morbide, l'ulcération de la surface, le mauvais état du malade présentaient évidemment quelque ressemblance avec ce que nous observons dans les tumeurs cancéreuses. C'est à cette occasion que je dois parler d'une opinion émise par notre honorable collègue sur la transformation des tissus, et leur possibilité de dégénérer. Or, c'est une hypothèse aujourd'hui complétement abandonnée, combattue non-seulement par ceux que vous appelez les micrographes, mais aussi par un homme dont vous ne contesterez pas la grande autorité en anatomie pathologique, par M. Cruveilhier, qui n'a cessé de combattre cette manière de voir depuis trente ans. Par conséquent, pour faire revivre une pareille doctrine, il faut commencer par démontrer sa réalité.

Je vous ai déjà dit plus haut ce que je pensais de la manière vicieuse d'user du microscope dans les cliniques, en envoyant des petites parcelles à droite et à gauche. Je dois vous dire en quelques

mots quel est, selon moi, le véritable but de cet instrument. Lorsqu'après un examen consciencieux au lit du malade, après une dissection soigneusement faite, on veut se rendre compte de la structure moléculaire des produits des maladies, et je distingue plus que personne le produit de l'essence morbide, lorsqu'on veut être éclairé sur la pathogénie avant d'aborder la question grave de la thérapeutique, on se trouve arrêté par l'imperfection de nos sens. C'est ici que les sciences naturelles nous viennent en aide bien à propos. Cette substance, dont vous n'avez pu définir que les caractères les plus grossiers, sur la nature de laquelle il vous reste des doutes si nombreux, la chimie vous fait connaître ses principes immédiats constituants, le microscope vous démontre quelle est sa composition morphologique.

Vous comparez ensuite les résultats obtenus par ce précieux instrument avec ce que les autres méthodes d'investigation vous ont appris incontestablement, votre jugement devient plus sûr, plus élevé, plus philosophique, lorsqu'à des sens imparfaits vous avez pu substituer des sens perfectionnés et des méthodes rigoureuses. Lorsqu'on a fait ainsi de la science pendant longtemps, on arrive à mieux comprendre toute la phénoménologie d'une affection morbide et à poser ainsi un diagnostic mieux et plus rationnellement établi. Le microscope servira ainsi un jour, comme l'a si spirituellement dit mon ami M. Broca, à pouvoir presque se passer du microscope. Lorsqu'on ne fait pas un usage exclusif et absolu des notions que nous fournit le microscope, lorsqu'on ne l'envisage que comme complément des autres méthodes, il doit nécessairement épurer et rajeunir toute la pathologie. De plus en plus nous suivrons ainsi les méthodes exactes des naturalistes, et il arrivera à la pathologie de progresser d'une manière non interrompue, comme l'ont fait, par exemple, nos doctrines sur le magnétisme terrestre et sur le galvanisme, progrès que nous ne saurions assez admirer si nous comparons les doctrines galvaniques de nos jours avec les éléments de cette grande et mémorable discussion entre Volta et Galvani, qui a pourtant été le point de départ des notions modernes.

Le but du microscope est donc d'éclairer la pathologie et la thérapeutique, en confrontant ses résultats avec ceux des autres voies, d'observer et de remplacer de plus en plus en médecine les vues de

l'esprit et les impressions vagues par les procédés exacts des naturalistes.

Vous avez cru pouvoir reprocher au microscope de ne pas toujours éclairer le chirurgien qui s'adresse à lui pour se rendre compte de la nature de quelque parcelle extraite par une ponction exploratrice. Je dois dire à cette occasion que les ponctions exploratrices en effet ne fournissent pas toujours des résultats précis, parce qu'on peut tomber dans une cavité séreuse, dans une collection sanguine, dans une substance étrangère à la masse principale d'une tumeur. Je dirai de plus que j'ai vu plusieurs fois des tumeurs s'enflammer après des ponctions exploratrices. Il faut donc les pratiquer avec réserve, mais la cause du microscope n'y est pas pour cela en jeu. Quant au diagnostic microscopique avant une opération, c'est surtout dans les excroissances de la peau et des membranes muqueuses qu'il m'a rendu souvent de grands services. L'expérience m'a en effet démontré que l'on pouvait en enlever des parties suffisamment étendues pour permettre d'être fixé sur la nature des productions accidentelles, et le choix de l'opération est ensuite notablement influencé du résultat de cette exploration. Mais je vous le répète, tous ces petits services que le microscope peut nous rendre ne constituent qu'un mérite accessoire. Son but véritable est bien autrement élevé et philosophique, celui d'être une des colonnes de sustentation du vaste édifice de la pathogénie.

Je pourrais relever encore bien des objections dans l'argumentation de M. Marjolin, mais je craindrais d'abuser des moments de la Société à l'attention de laquelle je viens déjà de faire un appel presque indiscret.

M. Marjolin. Je répondrai en peu de mots à M. Lebert, car les questions de ce genre peuvent s'éclairer, non par des discussions sans fin, mais par des faits qui n'ont de valeur qu'avec la sanction du temps.

Les arguments que notre honorable collègue a développés étant les mêmes que ceux qu'il a exposés dans son savant mémoire, je serai obligé de reproduire les mêmes réponses sans apporter le moindre jour sur la question et en conservant les mêmes convictions.

Néanmoins comme il y a quelques points qui sembleraient faire

présumer que M. Lebert s'est mépris sur le sens de mes objections et comme d'autre part, la discussion s'étant singulièrement étendue, il y a des propositions qui ne peuvent rester sans réplique, je dirai : J'ai suivi dans ma réponse la marche que M. Lebert a suivie dans la méthode des naturalistes ; j'ai mis constamment en parallèle la marche, les caractères extérieurs, les symptômes et la terminaison des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses, et constamment j'ai été frappé non-seulement de l'analogie, mais souvent de l'exacte ressemblance qui existait entre les deux affections, et alors j'ai été amené à cette conclusion que, si ces deux genres de maladies n'étaient pas identiquement les mêmes, il y avait de tels liens de ressemblance qu'il fallait les ranger dans la même famille, sauf plus tard, lorsque l'expérience l'aura bien démontré, à établir quels sont dans cette famille les genres les plus funestes pour notre économie.

Mais pour arriver à cette conclusion il ne suffit pas des faits qui datent pour ainsi dire de la veille, il faut que ces mêmes faits, qui nous sont présentés aujourd'hui, soient vérifiés dans plusieurs années, et alors on verra quelle est la proportion exacte entre le nombre des tumeurs fibro-plastiques et le nombre des cancers, entre les guérisons durables et les terminaisons fâcheuses ; on verra enfin si les individus qui ont présenté des tumeurs fibro-plastiques sont exempts d'une infection fibro-plastique et si cet état n'est qu'une exception. On pourra enfin s'assurer que jamais l'affection fibro-plastique n'arrive à cet état moléculaire qui semble constituer le caractère essentiel du cancer.

Opposer aujourd'hui des faits n'avancerait à rien, notre collègue nous dirait : Si vous n'avez pas employé au commencement comme à la fin de la maladie le microscope, je n'en puis tenir aucun compte, vos observations sont incomplètes : nous acceptons encore cette objection, car au milieu de tant de faits du même genre qui sont sans cesse soumis à notre examen, je crois qu'il y a possibilité d'arriver à une conclusion plus pratique que celle que nous a présentée M. Lebert. Je dirai ensuite que ce n'est pas à notre âge qu'on peut dire : Voici le résultat de ma pratique ; il faut pour cela un plus long espace de temps, il faut avoir vu, comme de vieux praticiens, passer dans ses mains plusieurs générations et pouvoir dire : J'ai connu la grand'mère, qui se mourait d'un can-

cer ; j'ai opéré sa fille d'une maladie semblable, et dans la troisième génération je retrouve encore la même affection. Voilà ce qui s'est dit du cancer, nous verrons plus tard ce qu'on dira des tumeurs fibro-plastiques. Mais lorsque l'observation est aussi jeune, quelque bien observés que soient les faits, pour vous prononcer, attendez que le le temps ait dit son dernier mot. Autrement nous pourrons dire à notre tour que l'observation est incomplète.

Oui, j'avais droit de dire que si le tissu fibro-plastique offre dans ses atomes une différence perceptible au microscope, il n'en est pas moins une maladie presque aussi terrible que le cancer, puisqu'il récidive avec tant de promptitude, que dans l'espace de quinze mois deux malades qui nous avaient été présentés avaient été opérés, l'un cinq fois par M. Chassaignac et l'autre trois fois par M. Larrey ; vous me dites : Mais leur état actuel de santé est parfait, ils ont repris leurs travaux; c'est vrai, mais attendez un peu, attendez seulement quinze mois.

Comme vous, je le répète, je désire bien vivement que la proportion des cancers diminue, et puisque la curabilité des tumeurs fibro-plastiques est la règle, vous aurez rendu un éminent service en dirigeant les recherches des praticiens vers ce but ; mais, quant à présent, lorsque je vois une maladie offrir de l'obscurité dans son développement, dans sa marche, dans sa manière d'être, dans sa tendance à la récidive, et finalement dans une véritable infection qui, jusqu'à présent, n'est pour vous que l'exception, je suis en droit de dire à la maladie : Si tu n'es pas le cancer tu es de sa famille, car, comme lui, tu parais dès l'enfance, tu as les mêmes formes, tu t'ulcères, tu causes des hémorrhagies, souvent d'atroces douleurs, tu récidives ; en un mot, si tu n'as pas la même forme de molécule, tu n'en es pas moins unie par des caractères qui font de toi, sinon une maladie identique, au moins une maladie analogue.

Notre honorable collègue ne veut pas que la tumeur dont parle Boyer soit une tumeur cancéreuse. Qu'ai-je dit dans ma réponse ? J'ai dit : Si la tumeur est cancéreuse, une guérison de dix-huit ans doit avoir une certaine valeur ; si au contraire la tumeur est fibro-plastique, j'en tire cette conséquence qu'elle peut être héréditaire. Restera maintenant à savoir dans quelle catégorie on doit classer les enchondromes, puisque c'est à ce dernier genre qu'elle semble appartenir.

Dire maintenant avec notre collègue que parce que certains détails ne se trouvent pas mentionnés par des auteurs consciencieux, il faut regarder comme non avenu tout ce qui a été fait sur les tumeurs, c'est une proposition qui n'est pas acceptable. Comment! tout ce que J.-L. Petit, Boyer, Dupuytren et tant d'autres praticiens célèbres nous ont transmis sur les tumeurs, il faudrait l'oublier? tant de précieuses traditions seraient perdues? Non. Si dans leurs observations il s'est trouvé parfois des lacunes regrettables, il y a aussi un tel cachet de vérité, qu'elles constituent à elles seules une tradition qu'il faut conserver religieusement, car à elles seules elles résument toutes les données cliniques. Oui, comme le disait tout à l'heure M. Lebert, il arrive trop souvent que des observations pèchent par des oublis. C'est vrai; j'en ai eu la preuve en relevant les procès-verbaux de la Société; mais de là à vouloir refaire tout ce qui a été fait par des hommes que nous devons nous efforcer d'imiter, il y a là une différence dans la manière d'envisager les faits qu'on ne peut laisser passer sans réplique.

Dans la discussion notre collègue semble s'être ému de ce que je m'étais servi du mot de micrographe, j'avoue que j'en ai été étonné, ce terme était tout aussi naturel que si j'avais eu à parler des anatomo-pathologistes; remplaçant une périphrase par un mot, je désignais ceux qui ont appliqué le microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, et notre collègue aurait bien tort de vouloir ici repousser un titre auquel il a tant de droits par l'importance de ses recherches micrographiques.

Quant à penser que j'envisage le microscope comme un instrument inutile, c'est une erreur; car dans tous les cas où j'ai eu des tumeurs à enlever, je les ai toujours fait examiner, soit par M. Lebert, soit par d'autres personnes habituées à l'emploi de cet instrument; et très souvent j'ai eu soin de prendre le dessin des figures; la seule différence, c'est que les conclusions que j'ai tirées de son emploi sont moins absolues, et que je ne me suis pas pressé de publier ces observations.

Un autre point que je ne veux pas laisser passer inaperçu, c'est une remarque de M. Lebert sur l'emploi du microscope dans la clinique; notre honorable collègue s'est tellement mépris sur ma manière de voir, que je le prierais de relire ce que j'ai écrit. Lorsque deux personnes envoient séparément à deux observateurs con-

sciencieux deux échantillons d'une même pièce, ce n'est pas pour élever un conflit, c'est pour donner plus de poids aux recherches, et quelquefois aussi dans la crainte qu'une pièce ne soit perdue; j'ai eu bien soin dans ma phrase de faire sentir que ce n'était pas un conflit. Une plaisanterie qui serait tout au plus permise dans l'intimité devient un fait indigne de gens qui se respectent. Ce n'est pas de cette manière que la science procède. Ma conclusion était celle-ci : Pour arriver à une analyse certaine, il est important d'avoir toute la tumeur, car il est possible que telle portion renferme de l'élément cancéreux, tandis que telle autre en est entièrement dépourvue; et ceci m'amenait tout naturellement à demander quelle pouvait être l'utilité du microscope dans le diagnostic à priori, et quelle pouvait être dans ce but l'utilité des ponctions exploratrices, ayant bien soin de signaler les dangers de ces ponctions exploratrices.

M. LEBERT. Il me serait impossible d'entrer de nouveau dans les longs détails qui ont fait le sujet de mon argumentation de tout à l'heure. Ma conviction est qu'une discussion ultérieure ne saurait être fructueuse qu'autant qu'on opposerait l'analyse de faits nombreux à ceux sur lesquels je me suis appuyé pour arriver à mes résultats généraux.

M. Roux présente une tumeur qu'il a enlevée chez un malade, dont il avait entretenu la Société dans une des précédentes séances; cette tumeur attenait à l'humérus. Cette pièce, quant à son aspect, ressemble tout à fait à une tumeur colloïde. (Plus tard cette observation sera publiée dans son entier.) M. Roux prie M. Lebert de vouloir bien examiner cette tumeur avec le microscope pour en rendre compte à la Société.

M. FORGET. Avant que M. Lebert communique le résultat de ses recherches, je prierai M. Roux de vouloir bien dire quelle est son opinion sur la nature de cette tumeur. Est-elle ou non de nature cancéreuse?

M. ROUX. J'avoue qu'aujourd'hui il est assez difficile de se prononcer, mais cependant, d'après la marche, les symptômes et l'aspect de la tumeur, je crois qu'elle est de nature fongueuse, mais qu'elle n'est pas de nature à récidiver.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

*Séance du 5 janvier 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Correspondance.**

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. le secrétaire annonce que M. Giraldès fait don à la Société des ouvrages dont nous transcrivons les titres :

1° Scarpa. *Mémoires de physiologie et de chirurgie*, traduction de Léveillée.

2° Dionis. *Cours d'opérations de chirurgie.*

3° Garengeot. *Traité des opérations de chirurgie.*

4° Duverney. *Traité des maladies des os.*

Des remercîments sont adressés à M. Giraldès.

— La Société reçoit aussi un volume dont M. Lebert devra rendre compte ; nous en transcrivons le titre :

Adelmann. *Baiträge zur medicinischen und chirurgischen Heilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Hospital praxis.* Riga.

**Suite de la discussion sur la classification des tumeurs malignes.**

M. Follin prend la parole en ces termes :

Je ne prendrais pas la parole dans ce débat si depuis un assez bon nombre d'années il ne m'avait été donné de vérifier, le micrographe à la main, l'exactitude des faits que M. Lebert a avancés dans son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques. Mais aujourd'hui ma conviction à cet égard est si intime que je ne peux laisser sans réponse quelques-unes des allégations contenues dans l'habile plaidoyer rédigé par notre honorable secrétaire contre certains résultats de l'observation microscopique.

Je n'abuserai point des moments de la Société, et je ne m'arrêterai qu'à quelques questions essentielles qui ont paru faire impression sur certains esprits et qu'on ne cesse d'opposer aux micrographes. Ces points qui fixeront surtout mon attention ce sont les dissidences constatées entre certains observateurs dans l'examen microscopique, c'est cette question si importante et si peu connue de la récidive des tumeurs; c'est, enfin, l'étude comparative des caractères qui appartiennent aux tumeurs fibro-plastiques et aux tumeurs cancéreuses.

Mais, avant d'aborder ces questions, permettez moi de constater que nos adversaires nous ont combattu par des arguments pris en dehors de la cause : on n'a nié aucun des résultats anatomiques de l'observation microscopique; on n'a contesté aucun des faits matériels que nous avançons. Dès lors, en n'apportant aucune recherche personnelle, mais bien des interprétations spéculatives, on a adopté, tacitement sans doute, mais on a adopté les faits qui servent de base aux doctrines que nous défendons.

Nous nous attendions à ce qu'on allait soumettre avec le microscope à une vérification nouvelle les faits que nous avançons. Il n'en a rien été, et c'est par de longs raisonnements qu'on a cherché à détruire des faits qu'il eût été si facile de vérifier directement. Puisqu'on ne nous a point combattu par les armes de l'observation, j'en prends acte, et j'examine de suite l'objection qu'on tire des prétendues dissidences constatées entre divers micrographes dans l'examen d'une même tumeur.

Une tumeur est donnée, dit-on, à plusieurs observateurs habiles, et ils arrivent à des résultats différents: donc le microscope est un instrument qui peut induire en erreur. Il serait facile de répondre que les micrographes n'ont aucune prétention à une infaillibilité absolue et que des erreurs peuvent être commises aussi bien en microscopie que dans toute autre branche des connaissances humaines. Mais ces dissidences dont on a fait si grand bruit et qui, chose assez singulière ! frappent surtout ceux qui ne font pas de la micrographie une étude habituelle, ces dissidences existent, je ne les nie pas, mais elles ne sont souvent qu'une conséquence forcée d'un mode d'examen que, pour mon compte, je regarde comme vicieux. Je veux parler de ces examens qui portent sur des fragments minces, isolés des tumeurs et que certains chirurgiens aiment à jeter en pâture à la fois à plusieurs observateurs. C'est une erreur de croire qu'on puisse arriver à quelque résultat certain en n'observant que des parcelles détachées de tumeurs qu'on n'a point entières sous les yeux. Ces examens partiels faits sur des tumeurs à éléments complexes ne peuvent conduire qu'à des conclusions erronées. Il suffit d'avoir vu que dans la mamelle, par exemple, à côté des masses cancéreuses les mieux caractérisées, existent des hypertrophies glandulaires types pour rester convaincu qu'un tel mode d'observation est insuffisant. A une certaine époque, avides de tout voir, les micrographes ont pu se livrer souvent à ces examens partiels. Aujourd'hui il faut procéder autrement; une dissection par le scalpel doit précéder toute étude plus approfondie et fera d'abord connaître les rapports et la configuration générale de la tumeur; elle permettra de mettre à nu toutes les parties qu'on veut exa-

miner séparément. Une macération convenablement faite démontrera des détails qu'on n'avait point au premier abord aperçus; un premier examen à l'aide de faibles grossissements servira à bien distinguer l'ensemble de certaines parties dont des lentilles plus fortes feront mieux apprécier les détails. C'est cette méthode d'observation qu'il faut recommander bien haut; procéder autrement dans l'examen des tumeurs, c'est se laisser conduire fatalement vers l'erreur, et je ne doute pas que, si parfois des dissidences se sont montrées entre des observateurs également habiles, elles ne tiennent souvent à ce que leur examen a porté sur des parties différentes. Donc ces dissidences ne prouvent pas grand'chose dans la question qui s'agite aujourd'hui devant la Société, et les micrographes qui procéderont comme nous l'avons indiqué ne manqueront pas de les éviter.

J'arrive maintenant à la question de récidive. L'on a dit dans la dernière séance : Tout ce qui récidive est cancer. Si une telle proposition pouvait être acceptée par la Société, il faudrait faire table rase de ce que nous savons aujourd'hui sur l'évolution des tumeurs. La récidive peut bien être une des propriétés du cancer, mais elle ne peut lui servir de caractère spécifique.

Toutes les tumeurs sont susceptibles de récidiver, mais toutes ne récidivent pas de la même manière. Il faudrait dire de quelle récidive on veut parler, car il y en a plusieurs sortes dont aujourd'hui nous connaissons assez bien le mécanisme. Ces récidives si différentes dans leur essence, loin de servir à englober sous un même nom les diverses tumeurs, pourraient presque constituer des caractères différentiels. Nous distinguerons trois sortes de récidives : la récidive sur place, la récidive dans les ganglions et la récidive par infection du sang dans des points éloignés du siège primitif du mal. Du peu de similitude qui existe entre ces trois espèces de récidive, il faut conclure qu'il serait urgent de déclarer de quelle récidive on veut parler quand on dit : Tout ce qui récidive est cancer. Examinons rapidement les caractères essentiels de ces récidives.

La récidive sur place appartient à toutes les tumeurs, qu'elles soient ou non cancéreuses. Je suis porté à présumer qu'une extirpation incomplète du produit morbide lui donne souvent lieu. Dans certaines tumeurs, le chirurgien ne serait guère excusable de n'avoir point tout enlevé, car leurs limites se reconnaissent facilement à travers le tégument externe; mais il est un autre genre de tumeurs dont la constitution anatomique prédispose énormément à la récidive sur place. Les cancroïdes épithéliaux de la peau, en effet, se propagent d'une façon insidieuse en s'infiltrant par des prolongements radiculaires qui se reconnaissent seulement à la coupe du tégument externe. Cette infiltra-

tion, toujours plus prononcée dans les parties profondes que dans les parties superficielles de la peau, ne se perçoit guère facilement sur le vivant, et, alors qu'on se croyait au delà des limites du mal, on constate dans l'épaisseur du derme des traînées épithéliales. Il faut donc inciser beaucoup au delà du mal apparent pour être assuré de pénétrer dans de la peau saine et d'enlever le mal réel. L'examen d'un grand nombre de cancroïdes épithéliaux m'a convaincu de cette disposition anatomique, et je crois que la thérapeutique chirurgicale peut en retirer de précieuses indications. Un de nos honorables collègues, M. Michon, bien persuadé, comme nous, que les cancroïdes de la peau ont une marche plus sous-cutanée qu'extérieure, les enlève très largement et compte dans sa pratique de remarquables succès.

Il est une autre espèce de récidive, c'est celle qui s'effectue dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. Cette récidive est fréquente dans les cancers, les cancroïdes, dans les tumeurs mélaniques non cancéreuses; elle est rare dans les tumeurs fibro-plastiques. En détruisant les extrémités radiculaires des lymphatiques, ces masses morbides versent dans l'intérieur de ces cancers les particules les plus déliées du tissu malade. Ces molécules morbides cheminent ainsi vers les ganglions; elles s'y arrêtent et s'y développent. Telle est la récidive dans les ganglions. Cette récidive, si fréquente dans le cancer et dans les cancroïdes, est fort rare pour les produits fibro-plastiques qui refoulent plutôt qu'ils ne détruisent les lymphatiques au milieu desquels ils sont placés. Quoi qu'il en soit, cette pénétration des éléments cancéreux dans les ganglions n'a rien de spécial, puisque nous y voyons pénétrer des corps inertes comme les poudres colorées du tatouage. Est-ce de cette récidive qu'on a voulu parler? Dans ce cas, je déclare qu'elle n'a pas la même physionomie dans les cancers, dans les cancroïdes et dans les tumeurs fibro-plastiques.

Enfin j'ai parlé d'une récidive par infection. Cette récidive, qui se traduit par des tumeurs multiples dans l'économie, n'a jamais été démontrée dans les cancroïdes épithéliaux. Elle est fort rare, quoique possible, dans les tumeurs fibro-plastiques: enfin elle est très fréquente dans les tumeurs cancéreuses. Cette récidive s'opère par un mécanisme qui a été bien étudié par notre collègue et ami M. Broca, dans une des monographies les plus complètes sur l'affection cancéreuse. Les tumeurs cancéreuses qui détruisent si facilement les tissus pénètrent dans les veines et versent ainsi dans le torrent circulatoire les éléments les plus vivaces du tissu cancéreux. Ces globules moléculaires qui s'identifient avec le sang infectent l'économie et constituent une diathèse, origine de manifestations multiples du cancer. Cet état

diathésique, nous ne l'avons encore rencontré que six fois dans les tumeurs fibro-plastiques.

En suivant dans mon esprit cette série de manifestations cancéreuses qui débute par un état local et qui se termine par un état diathésique héréditaire, je ne peux m'empêcher de reconnaître d'immenses différences entre les cancroïdes qui ne vont guère au delà des ganglions, les tumeurs fibro-plastiques si rarement infectantes et les cancers qui ne laissent échapper aucun genre de récidive.

La récidive ne peut donc être la pierre de touche des tumeurs cancéreuses, puisqu'on la constate dans d'autres tumeurs. Mais il faut en tenir grand compte, car elle a une incontestable valeur au point de vue du pronostic. On doit toutefois en bien distinguer les variétés, car sans cela on arrêterait la main du chirurgien devant des cas où son intervention a été si heureuse; l'examen microscopique ne devient donc plus une simple curiosité d'anatomiste lorsqu'il est appelé à fixer la probabilité et le pronostic d'une récidive. S'il s'agit d'une tumeur épithéliale sans ganglions, si la partie a été enlevée au delà des traînées qui infiltrent la peau d'une façon si trompeuse, la récidive n'arrivera point. Les tumeurs fibro-plastiques pourront récidiver souvent sur place, mais elles ne produiront que rarement la récidive ganglionaire, et plus rarement encore l'infection générale. Quant au cancer proprement dit, micrographes et chirurgiens sont d'un commun accord sur sa récidive.

Notre honorable secrétaire a soutenu, dans la dernière séance, que le cancer et le tissu fibro-plastique étaient en tout semblables, et ne différaient que par de simples caractères de configuration. Je ne peux admettre avec lui qu'il s'agisse ici d'une seule et même affection. En me rappelant tout ce qui nous sert à établir les caractères des tumeurs, constitution anatomique, développement, terminaison, tout cela me paraît différent dans le cancer et dans le tissu fibro-plastique. A l'œil nu, les tumeurs fibro-plastiques apparaissent sous la forme de masses lobulées, souvent d'un grand volume, assez régulièrement circonscrites, d'un tissu blanc, élastique, résistent, qui repousse les organes au lieu de se les assimiler, et qui ne laisse sortir par la pression aucun suc laiteux, mais bien une sérosité transparente. Elles diffèrent donc bien de ces cancers qui infiltrent les organes d'un tissu d'un blanc mat, peu élastique, qui s'écrase facilement, et qui par la pression laisse écouler un suc blanchâtre, faisant émulsion avec l'eau et tout à fait caractéristique.

Au microscope, les caractères histologiques sont tellement différents entre les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs cancéreuses, qu'à cet égard aucune contestation ne s'est élevée dans cette enceinte.

Ces tumeurs fibro-plastiques grossissent assez lentement et sans douleur; elles ont une durée illimitée, ne tendent guère vers l'ulcération et ne récidivent point comme le cancer. Combien donc elles diffèrent encore des tumeurs cancéreuses, qui infiltrent les organes plutôt que de les déplacer, qui ont le plus souvent un marche rapide et une durée fatalement limitée, qui tendent vers l'ulcération et récidivent si facilement!

Par toutes ces considérations, messieurs, j'ai cru pouvoir soutenir ici que les tumeurs fibro-plastiques devaient former dans les cadres nosologiques un genre à part, et j'ai puisé cette conviction dans des observations faites durant ces huit dernières années.

M. Forget, prenant la parole après M. Follin, donne lecture d'un discours écrit que nous transcrivons :

Messieurs, en prenant la parole dans cette discussion, je n'ai d'autre prétention que d'apporter à l'examen de la question soulevée par l'honorable M. Lebert les réflexions que m'a suggérées la lecture de son travail.

J'ai voulu, disait-il dans la dernière séance, donner lieu à ce débat; j'ai posé la question dans le but de la faire examiner par la Société de chirurgie. D'après cela, c'est une sorte de devoir pour nous de répondre, chacun dans la mesure de ses forces et de son savoir, à l'appel de notre collègue.

Peut-être me rencontrerai-je sur le terrain de la discussion avec M. Marjolin. Gardez-vous de croire, pour cela, que j'aie eu l'intention de recommencer l'excellent discours dont il vous a donné lecture il y a huit jours. Cette rencontre s'explique par une communauté de vues et d'opinions sur beaucoup de points du sujet en litige, opinions que j'avais d'ailleurs soutenues et développées longtemps avant que la discussion actuelle fût engagée, comme le prouve un article publié au mois de février 1852 dans l'Union médicale, et qui a pour titre : *Quelques recherches sur le diagnostic chirurgical des tumeurs.*

Cela dit, j'entre en matière, sollicitant toutefois votre indulgence pour les imperfections presque inévitables dans un travail improvisé au courant de la plume.

Dans le mémoire de M. Lebert, un premier fait m'a vivement frappé, c'est l'existence de plusieurs tissus fibro-plastiques, tissus qui, s'il faut en croire le microscope, seraient identiques au point de vue anatomique, quoique si essentiellement différents sous celui de la physiologie pathologique.

C'est, d'un côté, le tissu fibro-plastique, d'origine inflammatoire, tissu qui a son point de départ dans un acte éminemment conservateur, acte naturel, que l'on voit se reproduire avec une régularité et

une constance parfaites toutes les fois qu'un agent traumatique quelconque a lésé le solide vivant, qu'il lui ait fait subir une simple division ou qu'il lui ait fait éprouver une perte de substance plus ou moins étendue. C'est le tissu cicatriciel qui commence à l'effusion de la lymphe plastique en dehors des vaisseaux divisés, subit un travail lent, mais régulier, d'organisation cellulo-fibreuse, et finit par constituer, lorsqu'il a acquis un plus parfait développement, ce que Delpech appela le tissu inodulaire. C'est le même tissu que nous retrouvons partout où un travail phlegmasique a longtemps subsisté; ainsi, au pourtour des trajets fistuleux, des anciens foyers de sécrétion purulente, dans les parties molles qui avoisinent un corps étranger qui y a été accidentellement introduit.

C'est encore sous l'influence d'un excès de mouvement nutritif ou vital que le même tissu va constituer les augmentations partielles ou générales de volume des organes, c'est-à-dire les hypertrophies avec tous leurs degrés de forme, d'aspect, de coloration, de consistance et d'ancienneté. C'est aussi le tissu qui, dans un autre ordre de faits morbides, forme le plateau d'induration sous l'ulcère du chancre primitif, comme il constituera plus tard l'induration et l'augmentation de volume dans le testicule vénérien.

En regard de ce tissu, qui, cicatriciel, a un but de protection et de réparation pour nos organes; qui, hypertrophique, constitue un état pathologique presque toujours curable lorsqu'on le soumet à une sage médication, il existerait un troisième tissu fibro-plastique, dit autogène ou essentiel, tissu qui ne cède pas à l'action médicatrice, qui s'accroît incessamment, qui comprime, déplace les organes au sein desquels il se développe, enflamme, ulcère les téguments, déforme les os, les brise, les perfore, s'introduit des surfaces extérieures jusque dans les cavités splanchniques, y comprime les viscères que celles-ci renferment, et finit presque toujours par attenter à la vie de l'individu.

Tissu fibro plastique autogène qui, enlevé par l'instrument tranchant, se reproduit une fois, deux fois, trois fois et même plus; tissu vivace à ce point qu'il force le chirurgien, par sa persistance à reparaître, à emporter un membre entier; tissu enfin qui se généralise, se multiplie, et qui va constituer, dans quelques cas, une véritable diathèse.

A coup sûr, en présence des aptitudes, des tendances, des propriétés qui viennent d'être rappelées, on peut, sans faire injure à la clairvoyance du microscope, se demander s'il a bien vu, bien tout vu, dans l'analyse qu'il a faite de ces trois tissus.

On peut se demander s'il est bien vrai qu'il puisse se produire au

sein de l'économie des tissus si physiologiquement dissemblables avec des caractères d'organisation parfaitement identiques.

Il y a dans ce rapprochement nosographique, dans cette identité anatomique, quelque chose qui choque le sens droit du praticien, et qui, pour ma part, me semble exiger un examen ultérieur et des lumières nouvelles.

Je crains qu'en se tenant trop aux formes extérieures, aux apparences, qui souvent sont trompeuses, je crains bien que l'on ne se soit montré trop micrographe et pas assez clinicien.

Micrographe, vous voulez retenir dans le même cadre deux tissus qui vous ont paru offrir la même configuration.

Clinicien, vous n'hésiterez pas à les séparer, à trouver dans leurs évolutions naturelles des dissemblances radicales, des oppositions formelles, et vous reconnaîtrez avec nous que le tissu autogène fibro-plastique se rapproche bien plus du cancer, dont nous le considérons comme une variété, que du tissu de cicatrice auquel vous l'assimilez.

Mais, nous dit-on, vous ne pouvez appeler cancer le tissu fibro-plastique, parce qu'il n'est pas susceptible de dégénérescence cancéreuse, et que l'on n'y trouve pas la cellule caractéristique du cancer. Pour nous, qui n'admettons pas l'unicité de forme du cancer, il n'est pas nécessaire que nous y trouvions cette fameuse cellule *sine quâ non*.

Au surplus, raisonnant dans votre hypothèse, nous vous demanderons si vous êtes bien certain que jamais cette cellule ne s'est développée dans le tissu fibro-plastique; si jamais vous n'y avez vu quelque chose qui lui ressemblât à tel point de vous faire douter.

Pour éclairer ce côté capital de la question, je pourrais bien aussi rappeler ce qui s'est passé entre deux habiles investigateurs, dont l'un a trouvé du tissu fibro-plastique, et rien que du tissu fibro-plastique, dans une tumeur où l'autre a trouvé du cancer. M. Lebert me répondrait sans doute, comme à M. Marjolin, qu'il y a, en micrographie comme en chirurgie, des praticiens à tous les degrés. Mais, de mon côté, je lui ferai observer que son antagoniste n'est pas un nouveau venu en micrographie, que c'est un observateur qui a fait ses preuves, et peut-être l'un des plus anciens parmi nous. Aussi je crois qu'il n'y a nullement contradiction entre MM. Mandl et Lebert. Je crois que tous deux ont bien vu ce qu'ils ont vu, et qu'il y avait du tissu cancéreux et du tissu fibro-plastique dans la tumeur dont il est question. C'est pourquoi, lorsque notre secrétaire demandait, dans la dernière séance, si le tissu fibro-plastique pouvait dégénérer en cancer, j'ai été fort surpris d'entendre M. Lebert résoudre la question en portant le défi de montrer qu'une telle dégénérescence fût possible, et je crois que vous partagerez mon étonnement si je parviens à établir, sur la

foi d'une autorité que les micrographes, à coup sûr, ne récuseront pas, la possibilité de cette transformation. Je dis que les micrographes ne récuseront pas l'autorité que je vais faire intervenir, car c'est à l'un des plus habiles d'entre eux que je donnerai la parole.

Dans la séance de la Société du 13 novembre 1850, une tumeur provenant de l'os maxillaire inférieur est soumise à l'examen microscopique par M. Lebert, qui s'exprime de la manière suivante : « Au mi» croscope, on reconnaît tous les éléments des tumeurs fibro-plastiques, » des éléments franchement fibreux dans quelques points; une certaine » quantité d'éléments cellulaires fibro-plastiques. Ce sont des cellules » rondes ou ovoïdes renfermant un noyau semblable à celui que con» tiennent les corps fusiformes. Quelques-unes de ces cellules avaient » de la ressemblance avec celle du cancer, » et cette ressemblance est si frappante que notre collègue ajoute que, s'il avait vu ces cellules isolées sous le microscope, son jugement fût demeuré en suspens, et que s'il n'admet pas, en définitive, qu'elles soient de nature cancéreuse, c'est que, par la comparaison du petit nombre de ces cellules à la quantité considérable d'éléments de nature fibro-plastique non douteuse, il constate une prépondérance trop grande de ces derniers sur les premières.

Voilà un doute qui, de la part d'un observateur aussi exercé, n'est pas de nature, suivant moi, à rassurer beaucoup sur l'infaillibilité d'un jugement porté dans une semblable circonstance. Ce n'est plus, en effet, sur la clairvoyance du microscope, sur l'appréciation nette, évidente des traits caractéristiques du tissu fibro-plastique que se fonde ce jugement, mais bien sur un terme de comparaison qui lui-même a pour base un rapprochement de nombre, une évaluation de quantité, ce qui, au point de vue anatomique, ne prouve absolument rien. En vérité, plus je réfléchis à la conclusion à laquelle le microscope est arrivé dans ce cas particulier, plus j'ai de peine à retrouver, que M. Lebert me permette de le lui dire, cette rigueur d'induction et cette sévérité de logique qu'il revendiquait dans notre dernière séance pour ce qu'il appelait sa méthode exacte d'observation.

Sur quelles données, en effet, fondez-vous vos affirmations dans l'étude des produits morbides par le microscope ? — C'est sur la perception claire, certaine, non douteuse des caractères anatomiques ; c'est, en un mot, sur l'intuition matérielle du fait. Or ici ces caractères vous manquent ; cette constatation, vous ne l'obtenez pas ; bien plus, vous trouvez des caractères qui vous semblent appartenir à un autre tissu pathologique ; et au lieu d'admettre l'existence, sinon certaine, du moins possible ou probable de celui-ci, vous préférez conclure de ce que vous voyez clairement exister ailleurs que la même chose est là

où vous ne la voyez pas. Cette manière de raisonner me semble inadmissible, et en jugeant ainsi de la partie par le tout, je crois que vous ouvrez une voie facile à l'erreur.

Il serait bien plus rationnel, ce me semble, d'admettre que cette diversité d'aspect dans le tissu qui forme la tumeur fibro-plastique, et dont on ne nous a pas d'ailleurs encore donné une explication anatomique satisfaisante, marque une nouvelle phase d'évolution, une dégénérescence sinon complète, au moins en voie de se compléter.

Je sais bien qu'il va m'être répondu, comme à M. Marjolin, que la dégénérescence n'a jamais lieu. — Eh bien! à mon tour, je demanderai que l'on veuille bien me dire ce qu'est ce tissu qui, non plus à l'œil nu, mais à l'œil armé du microscope, ressemble si peu au tissu fibroplastique, qu'il manque d'être pris pour du cancer, tellement il lui ressemble,— *par M. Lebert lui-même.*

Mais j'ai hâte de sortir de cette discussion et d'apporter à l'appui de la dégénérescence que nous admettons et que l'on nous refuse un argument bien autrement concluant; c'est le passage suivant que j'extrais de nos procès-verbaux :

« Quant à la dégénérescence de ces tumeurs, dit-il (même séance de » 1850), elle doit être infiniment rare; cependant j'en ai observé un » exemple dans lequel elle pourrait être rationnellement admise. » — C'est M. Lebert lui-même qui tient ce langage. — Puis, un peu plus loin, notre honorable collègue ajoute : « Si je n'admets pas la » dégénérescence comme un fait fréquent, je n'en ai pas moins observé » *quelques exemples* : preuve nouvelle qu'il ne faut jamais être exclusif » en pathologie. Un homme porte une tumeur volumineuse dans la » cuisse ; elle est bien délimitée, existant depuis plusieurs années. » Cette tumeur est enlevée par M. Velpeau, et on trouve dans son in- » térieur un tissu ferme présentant les caractères du tissu fibro-plasti- » que ; mais dans plusieurs endroits on voit des flots d'un tissu plus » mou renfermant un suc trouble et contenant beaucoup de cellules » cancéreuses.

» Un homme de 64 ans porte depuis un grand nombre d'années une » tumeur indolente dans la région parotidienne gauche ; elle s'accroît » lentement et reste indolente ; la santé générale ne s'altère point ; » mais depuis quatre mois elle prend un accroissement considérable ; » la peau devient violacée à sa surface ; le malade maigrit, et est en » proie à des douleurs si vives qu'il réclame l'opération. La tumeur est » enlevée par M. Roux. En l'examinant, on y trouve deux substances » nettement délimitées, dont l'une est fibreuse, dure ; tandis que l'au- » tre est molle, pulpeuse, infiltrée de suc cancéreux abondant, présen- » tant tous les caractères types de l'encéphaloïde. — Voilà deux cas

» dans lesquels, ajoute l'auteur, il est permis de penser à la dégéné-
» rescence. » (*Compte-rendu des séances de la Société de chirurgie*, t. I, p. 874)

Il résulte, messieurs, du passage que je viens de rappeler que, dans l'ardeur de l'improvisation, une erreur de fait a échappé à notre collègue; que son opinion est conforme à la nôtre; que son tissu fibro-plastique, aujourd'hui le tissu morbide qui fait l'objet de cette discussion, pourra être demain cancer; que très vraisemblablement la forme fibro-plastique qu'il présente n'est qu'une manière d'être du cancer lui-même; que, dans l'espèce, l'unicité de composition et de configuration n'existe pas; que l'une et l'autre sont multiples, variables, changeantes, suivant une infinité d'influences qu'il serait trop long d'énumérer en ce moment.

Pourquoi, du reste, dirai-je après M. Lebert, *les tissus accidentels auraient-ils, sous le rapport de la dégénérescence, une prérogative sur les tissus normaux?*

A coup sûr, je pourrais terminer par cette citation ce qui se rapporte à ce point important du sujet en litige, sans craindre de voir de nouveau contestée l'aptitude du tissu fibro-plastique à dégénérer. Cependant il est un argument qui m'a paru vouloir se faire jour dans la réponse de M. Lebert au discours de M. Marjolin, et qu'il est peut-être à propos d'arrêter au passage.

Dans cet assemblage, dans cette apparition de la cellule cancéreuse et du tissu fibro-plastique dans une même tumeur, peut-être dira-t-on qu'il n'y a que coexistence de deux tissus distincts, association de deux produits, ayant chacun un mode d'organisation particulier, défini, arrêté dès l'origine de la tumeur, et non fusion, conversion de l'un en l'autre. Si cette objection m'était faite, je demanderais alors au micrographe sur quoi se fonde cette manière de voir, et par quel procédé il peut s'assurer si cette distinction est réelle, et si la production du tissu cancéreux n'a pas été secondaire.

En attendant une réponse à cette question, je persisterai à croire à la transformation, à la dégénérescence, qui me paraissent plus probables, d'après l'examen microscopique lui-même, qui, comme je l'ai déjà dit plus haut, s'est pris à douter en présence de certaines formes du tissu fibro-plastique, fort semblables à celles du cancer. Or ces formes suspectes ne sont-elles pas le degré intermédiaire entre celles qui les caractérisent l'un et l'autre lorsqu'ils ont acquis un développement complet? Si la tumeur au sein de laquelle ces formes douteuses se sont rencontrées eût subsisté plus longtemps dans l'économie, elles se seraient dessinées plus nettement, plus clairement prononcées;

enfin, la cellule cancéreuse y serait devenue évidente, comme cela a eu lieu sur le malade de M. Velpeau et sur celui de M. Roux.

Au surplus, qu'il y ait cancer par association, par dégénérescence ou par substitution, il y a cancer, voilà le fait, et cela suffit au clinicien pour expliquer et prévoir tous les phénomènes d'évolution et de terminaison finale de ce genre de tumeurs dites fibro-plastiques.

Comme le cancer, elles récidivent avec une telle ténacité, qu'il faut en venir à pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur plusieurs fois et toujours inutilement enlevée sur le membre inférieur (obs. citée par M. Lebert dans son travail lu à la Société de chirurgie); comme le cancer, elles se généralisent, se multiplient sur divers points de l'économie. Eh ! messieurs, qu'on n'aille pas croire que cette récidive diffère de celles de la tumeur manifestement cancéreuse ; qu'elle soit moins active, moins dangereuse ; qu'enfin elle soit une exception ! A en juger par les faits qui se sont produits au sein de la Société de chirurgie depuis que l'étude du tissu fibro-plastique y a été mise à l'ordre du jour, vous verrez que cette récidive est la règle. Je pourrais bien pour le prouver faire intervenir des observations empruntées aux auteurs qui ont écrit sur le cancer ; je pourrais en citer qui me sont propres ; mais dans la crainte de m'entendre objecter que, l'examen micrographique n'ayant pas eu lieu, ces observations sont fautives, incomplètes, et qu'elles ne peuvent rien prouver, je n'en userai pas, du moins en ce moment. — Je ne sortirai pas des comptes-rendus de nos séances, où je trouve plusieurs observations de tumeurs fibro-plastiques, trois notamment, dans lesquelles M. Lebert lui-même a porté le diagnostic anatomique. Or, je vois que ces trois tumeurs se sont reproduites très promptement.

Ces faits sont : le dernier, de M. Larrey, qui a pris cependant toutes les précautions pour protéger la cicatrice de la première opération ; on sait qu'il a eu soin de l'abriter contre le contact des corps extérieurs, contre le froissement de tout agent traumatique au moyen d'une plaque qui la recouvrait entièrement. Vous avez vu cependant ce malade opéré pour la troisième fois ; qui oserait assurer que ce sera la dernière ?

Ce sont ensuite deux malades, dont l'un porte une tumeur dans la région thoracique, opéré pour la quatrième fois au mois de janvier 1852, l'ayant été pour la première fois en 1850, et qui, dans cet espace de temps, a offert quatre récidives.

Enfin, l'autre malade est celui dont j'ai déjà parlé et qui portait une tumeur de la mâchoire inférieure. M. Lebert, dans son mémoire, nous a dit ce qu'il était devenu.

Quant à la rapidité de la récidive, peut-elle être plus grande que

chez ce dernier malade, qui est opéré le 7 novembre, qui est presque guéri le 20 du même mois, et qui, le 5 décembre, rentre à l'hôpital pour subir une seconde opération? Aujourd'hui le mal a récidivé, il a été incessamment envahissant, et il paraît être en ce moment au-dessus des ressources de l'art.

Objectera-t-on à ces exemples de récidive, que le micrographe admet, qu'elle peut avoir lieu lorsque le tissu morbide n'a pas été enlevé en totalité? Je ne sais si, lors de la première opération, l'attention et l'habileté du chirurgien peuvent être suspectées dans les cas que je viens de rappeler; mais il est difficile d'admettre qu'à une seconde opération, et *à fortiori* à une troisième, toutes les précautions n'aient pas été prises pour ne laisser dans la plaie aucun tissu anormal. Admettons, au surplus, que cette raison, donnée pour expliquer la récidive de ce genre de tumeurs, soit juste dans quelque circonstance, il faudra bien qu'on m'accorde que le plus souvent elle est sans fondement, et que l'habileté du chirurgien est un sûr garant de la bonne exécution de l'opération. Eh bien, dans ce cas, si la récidive a lieu, c'est que la maladie n'est pas dans le tissu, dans le parasite dont vous avez débarrassé l'économie; celui-ci n'en est que la manifestation. Vous avez enlevé celle-ci jusque dans ses dernières racines; ce n'est plus elle alors qui va se reproduire par une sorte de végétation nouvelle dont les éléments organisés auraient été laissés dans la plaie; c'est un nouveau tissu qui va se former de toute pièce; la même cause morbide va produire le même résultat. Or c'est cette cause morbifère, ce principe originel, cette puissance épigénésique qui constitue toute la maladie, c'est là l'influence essentiellement vitale qui ne se trouve pas sur le champ du microscope avec les tissus que vous y déposez; influence qui procède de la constitution même du sujet, qui lui reste inhérente après comme avant l'opération, inconnue dans son essence aussi bien au clinicien qu'au micrographe, que ce dernier méconnaît lorsqu'il veut fonder l'étude de ces produits morbides sur l'appréciation matérielle de leurs caractères physiques, et que le premier considère avant tout et qu'il donne pour base à ses déterminations nosologiques.

On a invoqué un caractère différentiel : « Le tissu fibro-plastique, » a-t-on dit, est longtemps compatible avec un état de santé très sa- » tisfaisant, et c'est un des caractères qui le distinguent du cancer. » — Cette prérogative que l'on revendique en faveur du tissu fibro-plastique me semble tout aussi bien dévolue au tissu squirrheux, auquel il me paraît, au point de vue clinique, ressembler d'une manière frappante. Il n'est pas très rare, en effet, de voir le squirrhe de la mamelle persister pendant de longues années dans un état stationnaire, état que les observateurs ont fort judicieusement désigné sous le nom d'état

de crudité, la santé générale n'est pas incompatible, d'ailleurs, avec l'existence au sein de l'économie d'autres productions morbides spontanées tant que ces productions ne sont pas très multipliées, tant qu'elles sont peu développées, et surtout lorsqu'elles ne siégent pas dans l'épaisseur ou au voisinage des organes les plus importants. On vit et on ne se porte pas trop mal avec des tubercules dans le poumon, même dans le cerveau, tant que ceux-ci restent à ce qu'on appelle l'état latent, ce qui veut dire pas assez développés pour que leur existence se révèle par une lésion vitale ou un trouble fonctionnel quelconque.

Mais pour ne pas perdre de vue ce trait différentiel que l'on tire ainsi entre le tissu fibro-plastique et le cancer, je ne crois pas trop m'avancer en disant que bien souvent des tumeurs dont la nature cancéreuse ne put pas être mise en doute, dans la période extrême de leur développement, subsistèrent de longues années sans influencer la santé d'une manière fâcheuse.

Aussi, j'ai vu des femmes qui avaient toutes les apparences de la santé la meilleure, et chez lesquelles le toucher me faisait découvrir un énorme champignon carcinomateux, qui déjà remplissait une grande partie du cul-de-sac vaginal.

J'ai sous les yeux, en ce moment, une dame anglaise âgée de quarante ans, à laquelle je donne des soins depuis trois ans pour une tumeur mammaire qu'elle portait depuis l'âge de vingt-huit ans; cette tumeur s'est ulcérée depuis un an; elle présente tous les caractères cliniques du cancer. C'est le diagnostic que j'en ai porté; c'est celui que sir B. Brodie a porté de son côté lors de l'examen qu'il a fait de cette malade il y a trois ans. Cependant, malgré l'accroissement et l'ulcération de la tumeur, la santé de cette dame, qui est fraîche, grasse, n'a souffert aucun dérangement sérieux.

Il y a trois semaines, continue M. Forget, je voyais, rue de Milan, une dame dans le même cas. Lorsque je fus consulté, je déclarai l'incurabilité du cancer dont elle était atteinte. Cette dame avait soixante-trois ans; sa santé était encore excellente, ses chairs étaient fermes, son visage coloré; elle était pleine d'activité et d'énergie. En moins d'un an elle fut emportée par le plus affreux cancer que j'aie jamais observé. Elle avait un plastron de tubercules encéphaloïdes ulcérés, qui, en forme de ceinture, lui étreignait la base de la poitrine, et de ses deux seins n'en faisait plus qu'un. Cette maladie, dont la nature encéphaloïde était évidente pour l'œil le moins exercé, avait été stationnaire pendant plus de dix ans, et ne se généralisa pas.

En rappelant ces faits, auxquels sans doute chacun de mes collègues pourrait aisément en ajouter d'autres, j'ai voulu montrer combien

peu de valeur il fallait accorder au caractère d'innocuité que M. Lebert assigne au tissu fibro-plastique et qu'il donne comme un trait distinctif entre lui et le cancer. Cette innocuité, comme pour le squirrhe, comme pour les tubercules, et comme pour beaucoup d'autres productions morbides, ne sera que temporaire. Elle cessera lorsqu'un travail d'ulcération et de ramollissement s'emparera de ce tissu, la fréquence des opérations qu'il nécessitera alors par les récidives successives, l'abondance de la suppuration, les hémorrhagies qu'il entretiendra, en supposant qu'on l'abandonne à lui-même, tous les phénomènes enfin qui vont se succéder et qui marquent une phase nouvelle de son existence, vont bientôt établir une analogie frappante entre lui et le cancer. Et ce sera, en dernière analyse, après avoir présenté les mêmes symptômes de dépérissement que les malades succomberont dans les deux cas.

Il me reste encore, messieurs, à faire une courte réponse à quelques points touchés par M. Lebert.

Ces points ont trait :

1° Au reproche qu'il a formulé contre des chirurgiens qui auraient mal observé, mal vu, et dont les travaux, jusqu'à ceux des micrographes modernes, n'apporteraient que des éléments fautifs à la discussion actuelle ;

2° A la valeur du microscope considéré comme moyen de diagnostic et de pronostic.

C'est le propre de tous les novateurs, de tous les chefs d'école, de systématiser les résultats de leurs recherches, et dans ce travail de systématisation souvent prématurée, de ne pas rendre aux travaux de leurs devanciers toute la justice qu'ils méritent, surtout quand ces travaux gênent les opinions que l'on veut faire accepter. M. Lebert n'a pas évité cet écueil. Vous l'avez entendu passer condamnation sur les observations, sur les faits qui ont servi jusqu'à ce jour de base aux idées régnantes du cancer.

C'est par impression, par sentiment, dit-il, que ces opinions se sont établies et qu'elles se sont transmises jusqu'à nous.

Si cela est vrai, il faut convenir que les grands esprits qui ont fondé la science du diagnostic et qui l'ont portée à ce haut point de sagacité où nous la voyons parfois donner de si merveilleux résultats n'ont pas été trop mal inspirés.

Mais cela n'est pas, et pour le prouver, je rappellerai que M. Lebert lui-même fait intervenir, pour asseoir ses doctrines, des faits qu'il emprunte à Ast. Cooper et à d'autres observateurs ; ce qu'il ne ferait pas sans doute si les sources que le microscope n'a pas contrôlées étaient aussi suspectes qu'il le dit. Puisque vous vous inspirez de ce

passé, que vous déclarez être si pauvre, si malhabile dans l'art d'observer, quand vous y trouvez des faits qui semblent gouverner vers votre manière de voir, accordez-nous le même droit.

Laissez-nous croire que toute l'ancienne Académie de chirurgie, que les Desault, les Boyer, les Dupuytren, les Sanson, les Lisfranc, et tant de maîtres illustres de notre époque n'ont pas été le jouet de fausses impressions lorsqu'ils ont formulé leur enseignement clinique sur le cancer, qu'ils en ont tracé l'histoire générale, les variétés, les évolutions et transformations successives, enfin la terminaison.

Ils avaient bien observé surtout lorsqu'ils reconnaissaient que l'unicité de forme et de composition n'existe pas dans le cancer, lorsqu'ils en décrivaient plusieurs espèces douteuses, dont les principales sont le cancer encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde, le fungus hématode et le cancer mélané, fondant chacune de ces variétés sur la prédominance de l'un ou de l'autre des éléments entrant dans leur composition, et admettant pour chacune un degré particulier de malignité.

N'avaient-ils pas à l'avance deviné, pressenti, si je puis ainsi parler, le tissu fibro-plastique, en admettant un cancer local par opposition à celui dans lequel la diathèse cancéreuse est manifeste dès l'origine de la maladie?

N'avaient-ils pas indiqué cette persistance à récidiver sur place, et n'avaient-ils pas dit que ces récidives ne devaient pas enchaîner la main du chirurgien?

Dans ma thèse inaugurale, je soutenais cette opinion devant notre savant collègue M. Roux, que j'avais l'honneur d'avoir pour président.

Un cancer récidivé, disais-je, peut être enlevé avec succès.

Je me fondais sur la possibilité de voir le principe morbide s'épuiser, s'user, pour ainsi dire, sur place.

Des faits observés à l'hôpital de la Pitié, dans le service d'un chirurgien qui a laissé dans l'enseignement clinique de glorieux et utiles souvenirs, m'avaient porté à accepter et à soutenir cette doctrine, qui est aussi celle de M. Lebert.

N'avait-on pas, avant l'intervention du microscope, fait la remarque que, constant dans certaines formes de cancer, l'engorgement des ganglions lymphatiques n'existait pas dans un assez bon nombre de cas, et que ces cas répondaient à la variété de cancers dits enkystés? N'est-ce pas sur l'inspection de ces ganglions et sur leur degré de développement que bien des praticiens ont coutume de mesurer les chances de récidive ou de guérison après l'opération?

N'avait-on pas vu aussi que les parties avoisinant le cancer ne par-

ticipent pas toujours de la nature de celui-ci? qu'une thérapeutique rationnellement instituée peut ramener ces tissus à des conditions normales, et resserrer ainsi la limite de l'acte opératoire?

Quant à la nécessité d'emporter largement les tissus au sein desquels se sont développées ces tumeurs qui constituent fréquemment l'ostéosarcome, l'enseignement clinique l'avait depuis longtemps reconnue; le précepte s'en trouve très formellement exprimé dans ma thèse inaugurale consacrée aux tumeurs des os maxillaires.

Que reste-t-il donc au micrographe qui puisse justifier le reproche qu'il a adressé aux chirurgiens? Je ne vois rien, absolument rien dans le champ de la clinique qui n'ait été vu avant lui; car à coup sûr il ne saurait revendiquer pour lui le précepte qu'il donne d'appliquer l'autoplastie aux plaies produites par l'ablation des tumeurs fibro-plastiques. Martinet, de la Creuse, comme on sait, en a été l'inventeur, presque tous les chirurgiens y ont eu recours, et à considérer les résultats consignés dans la thèse de Blandin sur ce sujet, on ne voit pas que cette pratique ait bien heureusement modifié la marche et le retour du cancer dans les cas où elle fut appliquée.

De cette rapide énumération des faits acquis par les procédés ordinaires d'observation clinique, je conclus que celle-ci ne mérite pas le reproche qu'on lui a fait, et que si on compare les résultats auxquels elle est arrivée avec ceux que jusqu'à ce jour le microscope a obtenus, la comparaison est tout entière à son avantage.

Prétendrait-on qu'en matière de diagnostic et de pronostic celui-ci fasse au lit du malade plus et mieux que le clinicien? Faut-il voir sur ce terrain un progrès dans l'exploration des tumeurs au moyen de l'aiguille cannelée de M. Kuss (de Strasbourg), qui ramène avec elle des parcelles du tissu morbide, que l'on soumet à l'analyse microscopique avant de fixer l'opportunité de tel ou tel traitement? Mais dans la dernière séance, M. Lebert lui-même a condamné ce moyen d'examen, il l'a déclaré dangereux, et il a reconnu qu'il avait été suivi d'accidents inflammatoires.

Il eût pu ajouter que cette analyse n'eût rien prouvé, maintenant qu'il est certain que la cellule cancéreuse et le tissu fibro-plastique ne s'excluent pas l'un l'autre. L'absence de la première dans les parcelles du tissu morbide soumises à l'examen ne voudrait pas du tout dire qu'il ne s'en trouvât pas dans d'autres points de la tumeur.

Pour lever la difficulté, M. Lebert conseille de tailler une tranche et d'emporter une portion du tissu pathologique afin qu'on puisse l'examiner : c'est-à-dire qu'il donne le conseil de faire une demi, un tiers ou un quart d'opération, que j'appellerai *opération pour voir*. J'avoue, messieurs, qu'à une semblable proposition, tout ce que je possède de

sens chirurgical s'est révolté. D'abord parce que je ne comprends pas l'innocuité d'une semblable opération, alors que vous-même déclarez être dangereuse la simple ponction. Ensuite parce que, n'ayant qu'une partie de la tumeur, vous ne pouvez pas plus affirmer sa nature que vous ne le pouviez avec les débris que vous avait donnés l'aiguille du chirurgien de Strasbourg, il restera toujours un inconnu dans le tissu que vous n'aurez pas pu examiner; car, d'après vous-même, il faut, couche par couche, analyser toute la tumeur pour être bien sûr qu'elle ne renferme pas d'éléments cancéreux.

Mais enfin si, avec ces procédés d'examen qui, s'ils étaient acceptés, auraient toujours l'inconvénient grave d'abaisser le niveau des études cliniques; si, dis-je, vous portiez la lumière dans les obscurités du pronostic, peut-être se résignerait-on à y recourir. Mais il n'en est rien; ces obscurités restent pour vous ce qu'elles sont pour le praticien. Comme lui, pour juger définitivement de la nature du tissu, vous invoquez pour critérium la récidive.

Ainsi, *cancer évident, tissu encéphaloïde;* vous répondez à la famille qui vous interroge : récidive fatale.

*Tissu avec des caractères moins évidents;* vous doutez, vos présomptions sont fortes, mais ce ne sont que des présomptions.

*Tissu fibro-plastique, cancer local;* vous dites : La récidive est possible.

*Cette récidive aura-t-elle lieu sur d'autres points que dans la plaie?* Cela n'est pas probable, direz-vous; mais cela, à la rigueur, est possible, puisque cela s'est vu.

On devient plus pressant, et l'on vous demande si la récidive pourrait occasionner des désordres tels que le mal récidivé se plaçât au-dessus des ressources de l'art, ou exigeât les plus graves opérations de la chirurgie? Oui, répondez-vous, cela est possible.

Or, je le demande, clinicien avec ou sans le microscope, n'est-ce pas le même langage qui est tenu de part et d'autre?

Si cela est ainsi, à quoi bon le diagnostic que vous vous proposez, diagnostic par excision partielle des tissus morbides, exposant, sans aucun profit pour le malade, à accélérer le développement de la maladie dont il est atteint, provoquant à coup sûr l'ulcération des tissus morbides qui, une fois qu'elle a commencé, marche avec une grande célérité, et suscite, soit par résorption, soit par infection, des accidents généraux qui peuvent devenir promptement mortels?

Je crois donc, quant à moi, et c'est par cette conclusion que je termine, qu'il faut rejeter de la pratique de semblables procédés d'exploration, d'abord parce qu'ils ne prouvent rien, parce qu'ensuite ils sont dangereux; il faut les rejeter, parce que, en prétendant qu'en dehors

des recherches microscopiques il n'y a point pour les tumeurs qui nous occupent de diagnostic certain, c'est, ainsi que je le disais dans le travail que j'ai rappelé en commençant, contester les vérités pathologiques acquises par l'observation de nos devanciers, et parce que c'est gratuitement enlever au chirurgien sa plus belle prérogative, celle de pouvoir saisir la réalité pathologique au moyen de cette puissance d'intuition philosophique et raisonnée que confère le jugement, que l'habitude développe, que l'expérience perfectionne et qui n'est autre que ce qu'on appelle le *tact médical*.

M. Marjolin répond à M. Follin :

Dans les arguments présentés par notre honorable collègue M. Follin, il en est qui ont déjà été l'objet d'une discussion, et auxquels je ne répondrai que brièvement; quant aux autres, qui sont tout à fait neufs et qui ont une conséquence pratique importante, nous verrons jusqu'à quel point ils établissent de nouveaux caractères différentiels entre le tissu fibro-plastique et le cancer proprement dit.

Pour ce qui est de l'utilité du microscope dans l'étude de l'anatomie pathologique, jamais je ne l'ai contestée; loin de là, un des premiers, au sein de cette Société, j'ai insisté sur la nécessité de se servir de cet instrument, et cela est si vrai, que, dans la séance du 15 mars 1846, un de nos collègues, M. Maisonneuve, ayant mis en doute la valeur des analyses microscopiques, je lui répondis qu'il suffirait, pour modifier ses opinions, d'examiner du tissu cancéreux au microscope, d'en faire le dessin et de comparer ensuite avec les figures contenues dans les traités de micrographie, précaution que j'ai prise plusieurs fois avec M. Follin lorsque j'étais chargé du service de l'hôpital Saint-Antoine.

Mais de ce que j'accepte le secours du microscope, ce n'est pas une raison pour en tirer des conséquences forcées. Je reconnais des formes que personne ne peut nier, mais j'ai encore plus de confiance dans les symptômes ou les signes que nous fournit la clinique; et lorsque je vois qu'entre deux maladies il n'y a d'autre différence que la forme intégrante des molécules, je crois pouvoir dire que ces deux affections sont analogues, ce qui ne veut nullement dire exactement semblables.

Notre honorable collègue est revenu sur un point de mon argumentation, qui semblerait faire croire que lui aussi s'est mépris sur le sens de mes paroles. Il a parlé de la dissidence que j'avais cherché à établir entre deux observateurs également habiles; il n'en est rien. J'ai dit, au contraire, que, dans un fait matériel aussi facile à reconnaître avec un peu de soin et d'habitude, il ne pouvait pas y avoir de dissidence; j'ai éloigné autant que possible cette idée, car, à mon sens,

c'eût été un argument indigne de la Société, et ce n'est pas par de semblables surprises qu'on arrive à la vérité.

Pour les mêmes raisons, j'ai évité de signaler que bien souvent des analyses de tumeurs communiquées à la Société n'avaient été faites que sur des parties très minimes prises sur les pièces pathologiques. J'ai procédé autrement; j'ai dit : Il est d'autant plus nécessaire, pour arriver à la connaissance exacte de la nature d'une tumeur, de l'examiner en entier, que souvent des molécules peuvent être disséminées dans des proportions très-différentes, de telle sorte que dans une moitié de tumeur on peut avoir tout simplement un tissu normal hypertrophié, tandis que l'autre moitié renferme l'élément cancéreux ; et de là je suis arrivé tout naturellement à cette conclusion, que les ponctions exploratrices aidées du microscope ne pouvaient pas être d'une bien grande utilité pour établir le diagnostic *à priori*.

Notre honorable collègue a cherché ensuite à établir des différences entre les deux tissus en s'appuyant sur le mode de récidive. Quels sont ces modes? Pour lui, il en est trois. Dans le premier, la récidive n'a lieu que parce que l'opération est incomplète ; on n'a pas enlevé toute la portion malade. Dans le second cas, la récidive dans les ganglions se fait par suite des lois d'absorption. Enfin, le troisième mode comprend la récidive à distance, qui serait fort rare dans l'affection fibro-plastique.

Examinons successivement ces trois modes de récidive du tissu fibro-plastique, et voyons si dans le cancer la maladie procède différemment.

Comme tout le monde, j'admets que, du moment que vous ferez une opération en laissant encore du tissu morbide, vous devez naturellement avoir une récidive sur place. Mais comment arriver à la certitude qu'on a tout enlevé? Quand on compte le nombre de récidives consignées dans la thèse inaugurale de M. Mayor (*Recherches sur les tumeurs épidermiques et leurs relations avec l'affection cancéreuse.* Paris, 1846) après des opérations faites par des chirurgiens très habiles, on est en droit de demander : donnez-nous des signes certains faciles à reconnaître. Notez que ces récidives ont eu lieu après des opérations de cancroïde de la lèvre, dans une partie facile à examiner. Notre collègue nous a dit : Il ne faut pas vous étonner si souvent on a coupé dans des tissus malades croyant trancher dans des tissus sains ; car un des caractères particuliers au cancroïde, c'est de procéder par des radicules tellement ténues qu'elles échappent au toucher du praticien le plus habile. Comment faire alors pour sortir du doute? Recourir au microscope, et alors quelle sera la limite d'une opération qui semblait si simple? Il est possible, en effet, que déjà le principe morbide soit en voie d'absorption, qu'il ait pénétré non-seulement dans

les lymphatiques, mais même dans les ganglions ; il est possible que l'hypertrophie, que vous croyez symptomatique d'une ulcération de la lèvre, soit déjà le commencement du second mode de récidive si bien décrit par M. Follin : dès lors il y a infection. Il faut donc se hâter pour prévenir cette infection qui sera fatale, et cette précipitation qu'on apportera à débarrasser un malade d'une tumeur d'un organe important ne pourra-t-elle pas aussi avoir des inconvénients ?

Ce qu'il faut du reste constater en passant, c'est que, eût-on eu affaire à un cancer bien reconnu, l'affection n'eût pas présenté d'autre manière d'être dans ses deux modes de récidiver : dans une opération incomplète, nous aurions eu la récidive sur place; dans une opération tardive, la récidive par absorption, la récidive ganglionaire. Où sera donc la différence? Dans la récidive à distance, récidive qui, d'après nos honorables adversaires, est fort rare dans l'affection fibro-plastique.

Lorsqu'on veut établir un caractère différentiel entre deux affections qui ont une grande analogie, il faut que ce caractère soit fondamental, qu'il n'ait pas d'exception; car, du moment que vous dites que cette récidive est fort rare pour le tissu fibro-plastique, vous reconnaissez vous-même que ce n'est plus seulement sur place ou par absorption qu'il reparaît, mais qu'il peut se manifester dans toute l'économie, dans les points du corps les plus opposés. Dès lors vous ne pouvez plus dire que la récidive sur place est l'habitude, ainsi que la curabilité. Vos recherches sont des plus importantes, c'est vrai, mais pour la science elles ne datent que d'hier; attendez, et nous verrons avec le temps jusqu'à quel point la récidive à distance est rare. Il fallait, pour établir un véritable caractère distinct entre ces deux affections, pouvoir dire : Jusqu'à ce jour, jamais nous n'avons trouvé, comme dans le cancer, aucune récidive à distance. Mais il n'en est pas ainsi ; et, puisqu'il faut citer des faits, j'en emprunterai un que M. Lebert ne repoussera certes pas, attendu qu'il est compris dans les cinq cas de récidive à distance qu'il a cités; il appartient à M. Woillez, qui l'a publié, dans le numéro d'août 1852 des *Archives*, sous le titre d'*Observation de fibro-plastie généralisée simulant un cancer du poumon*. Voici l'extrait de l'observation :

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui, quatre ans auparavant, s'aperçut qu'il portait à la partie postérieure et externe de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un haricot, adhérente à la peau ; au bout de dix-huit mois, elle avait acquis le volume des deux poings; elle gênait et par son volume et par les douleurs lancinantes qu'elle causait. M. Malgaigne l'enleva en avril 1848, et la cicatrisation se fit régulièrement; mais dans l'année qui suivit, deux nouvelles récidives

nécessitèrent de la part de Blandin et de M. Velpeau deux nouvelles opérations. Puis, en novembre 1850, le malade rentra dans le service de M. Roux; cette fois la réapparition et l'accroissement de la tumeur, trois fois extirpée, furent encore plus prompts.

Il fallut recourir à l'amputation de la cuisse; la tumeur, qui était volumineuse, était le siége de douleurs lancinantes, vives, presque continuelles; elle formait une masse dure, sans fluctuation, dans laquelle, à l'aide du microscope, M. Broca constata encore les éléments fibro-plastiques.

Le malade sort guéri de l'Hôtel-Dieu à la fin de décembre; il reprend ses occupations et pendant six mois jouit de toutes les apparences d'une santé parfaite; il éprouve de la dyspnée, des douleurs de haut en bas de la poitrine et au niveau de l'aisselle gauche; les douleurs augmentant, il rentre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis, à la fin de juillet, six mois après sa sortie. On constate alors une matité complète dans tout le côté gauche de la poitrine et absence dans ce côté de bruit respiratoire; le cœur est fortement refoulé à droite. En peu de temps, l'état du malade empire, les forces diminuent; la dyspnée devient si grande qu'elle nécessite, le 14 août, la thoracentèse; il s'écoula un litre et demi d'un liquide citrin non floconneux. Le 22, le malade était mort.

A l'autopsie que trouve-t-on derrière le sternum et les cartilages costaux gauches? Une vaste tumeur ayant 20 centimètres de hauteur sur 14 de largeur.

Dans le poumon droit, il existe trois tumeurs du volume d'un petit marron. Dans le moignon, on trouve à sa partie postérieure externe une tumeur dépassant le volume du poing et dans laquelle le nerf sciatique, double de son volume ordinaire, se termine en filaments très ténus. Aucun des ganglions de l'aine gauche n'était augmenté de volume. Notre collègue M. Verneuil a examiné toutes ces tumeurs au microscope : qu'a-t-il trouvé? Les éléments du tissu fibro-plastique à ses diverses périodes.

Avons-nous besoin d'ajouter quelque commentaire à cette observation, rédigée avec tout le soin et toute l'exactitude d'un observateur aussi éclairé que M. Woillez? Aucun. Vous avez là une preuve éclatante que non-seulement dans les tumeurs fibro-plastiques la curabilité n'est pas la règle, mais que la récidive est prompte et qu'elle peut avoir lieu tout aussi bien à distance que sur place, et nul doute que, si je vous avais communiqué l'observation sans vous faire part de l'examen microscopique, vous n'eussiez tous dit : Mais cet homme avait un cancer.

A côté de cette infection fibro-plastique, je placerai en regard un fait

de cancer qui a récidivé nombre de fois et qui a laissé pendant plusieurs années la malade jouir de toutes les apparences de la santé. Pendant l'absence de notre collègue M. Lenoir, j'ai eu occasion de voir une malade qu'il avait opérée treize fois d'une tumeur qui avait débuté sous l'aisselle à l'âge de trente ans; à la suite de plusieurs opérations faites par notre honorable collègue, la maladie a laissé un intervalle de cinq ans pendant lequel la malade, jouissant en apparence d'une parfaite santé, est devenue enceinte; puis l'affection a reparu sans pouvoir être cette fois enrayée par de nouvelles opérations; elle a envahi toute la poitrine; au dire de M. Lenoir, les tumeurs avaient les caractères du tissu encéphaloïde, et cependant la malade a vécu six ans.

Il me serait facile de vous citer encore d'autres faits tout à fait en opposition avec ce qu'avancent les partisans trop absolus des nouvelles doctrines; mais je craindrais d'abuser des moments de la Société.

Contentons-nous pour l'instant d'examiner avec soin les nouveaux faits qui se présenteront à notre observation, profitons du secours que les progrès de la science mettent à notre disposition, mais ne nous hâtons pas de formuler des règles trop absolues que les faits de chaque jour viennent renverser.

M. Lebert réplique à M. Forget : Je répondrai immédiatement au discours écrit de mon honorable collègue. Le temps ne me permettra peut-être pas de réfuter tous ses arguments, ce qui serait d'ailleurs inutile, vu que ma réplique à M. Marjolin en traite déjà un bon nombre.

M. Forget est étonné que, « s'il faut en croire le microscope, » comme il s'exprime, un même tissu puisse se montrer dans des conditions si différentes. Nous ferons d'abord observer à M. Forget que, lorsque l'on veut s'ériger en juge sur la valeur d'un instrument, il faut commencer par le connaître. Il est réellement regrettable que M. Forget ne connaisse pas les premiers éléments de la micrographie, et ce n'est à coup sûr point d'une telle façon que l'on peut faire fructueusement progresser la science. L'identité du tissu fibro-plastique dans diverses circonstances est un fait reconnu par tous ceux qui se sont occupés de la matière. J'ai déjà dit que ce fait était tout naturel, puisqu'il s'agissait tout simplement de tissu connectif ou cellulaire de nouvelle formation. Par conséquent, le fait n'est pas infirmé par l'étonnement de M. Forget. Cette diversité de valeur physiologique avec identité de structure est du reste un fait commun en anatomie. Le cartilage, par exemple, tout en ayant toujours une structure analogue, se montre à l'état normal sous des formes diverses, cartilage d'encroûtement, cartilage costo-sternal, fibro-cartilage; sous le rapport morbide,

nous le voyons succéder par masses considérables à l'inflammation dans certaines arthrites. Nous le voyons paraître, enfin, sous des formes très variées encore dans les tumeurs autogènes connues sous le nom d'enchondromes. Le reproche que me fait M. Forget d'avoir trouvé un même tissu dans des conditions pathologiques différentes est non-seulement mal fondé, mais le fait en lui-même constitue peut-être un des principaux mérites de mon mémoire, puisqu'il démontre que d'un bout à l'autre la tendance clinique y prédomine, et que, là où l'anatomie ne démontre pas de différences tranchées, l'observation au lit du malade en démontre d'incontestables.

M. Forget dit que la tumeur fibro-plastique finit presque toujours par attenter aux jours du malade. Tout mon mémoire prouve l'inexactitude de cette assertion, et j'en cherche vainement la preuve dans le discours de M. Forget.

Il m'adresse ensuite la question naïve si pour moi la cellule cancéreuse avait une grande importance dans la détermination des tumeurs? J'ai écrit un gros livre sur les maladies cancéreuses : que M. Forget y recoure et qu'il s'instruise. Je l'engage également à lire le remarquable travail de M. Broca sur le cancer, couronné par l'Académie de médecine. Malheureusement M. Forget ne connaît pas plus la littérature moderne sur toutes ces questions, qu'il n'est au courant des investigations microscopiques.

La seule étude faite dans un but de trouver des contradictions que M. Forget ait entreprise pour être au fait de cette partie de la science est celle des Bulletins de la Société de chirurgie. Il croit prétendre qu'il m'a mis en contradiction avec moi-même. Nous allons voir ce qui en est. Vers la fin de 1850, M. Chassaignac opère une tumeur fibro-plastique de la mâchoire inférieure; je l'examine, et j'en rends compte à la Société, en disant, comme l'ensemble de ce procès-verbal le prouve, qu'il s'agissait essentiellement d'un tissu fibro-plastique, dans lequel il y avait par-ci par-là quelques noyaux qui, si on les avait vus isolément, auraient pu laisser du doute dans l'esprit de l'observateur. Si M. Forget était un tant soit peu au courant de la micrographie pathologique, il saurait que tous les hommes compétents sont d'accord sur le fait que, malgré l'aspect spécial des cellules, on peut quelquefois être embarrassé sur la nature spécifique d'une cellule isolée, altérée, ou incomplétement développée, ou boursouflée par du liquide, ou infiltrée de granulations graisseuses, etc. C'est, en général, le tableau d'une préparation microscopique et l'étude de préparations suffisamment multipliées qui nous permet de fixer notre jugement, et c'est là un fait tout naturel, puisque, lorsqu'il s'agit de différences entre les corps qui oscillent entre 1/400 et 1/50 de millimètre, on ne peut évi-

demment pas trouver des caractères différentiels tranchés comme entre une graminée et un chêne. Il faut pour cela la délicatesse d'observation du physicien, que ne comprennent pas naturellement les personnes complétement étrangères à ce genre d'études. Je suis fier d'avoir mis de la réserve dans mon jugement chaque fois que le moindre doute a traversé mes investigations. Je ne serais pas l'adepte de la vérité sans cela, et quant à l'infaillibilité, il n'y a que les ignorants qui prétendent l'avoir.

M. Forget reprend l'argument réfuté de la transformation des tissus, et, semblable à un avocat, il s'imagine que c'est encore son unique livre, celui de nos procès-verbaux, qui va démontrer péremptoirement que j'ai été en flagrante contradiction avec moi-même. Vous allez en juger, messieurs. J'ai cité dans une de nos séances quelques exemples de tumeurs mixtes dans lesquelles le cancer coexistait avec d'autres tissus. Ce fait prouve qu'une tumeur n'a pas une complète immunité contre le dépôt cancéreux qui peut se faire, du reste, dans tous les points de l'économie. Mais dire, par exemple, lorsqu'on rencontre dans une même tumeur du cartilage et du cancer, que le cancer est un cartilage transformé, dire en un mot que lorsque deux tissus fondamentalement différents coexistent dans une même tumeur, l'une est la transformation de l'autre; c'est là une hypothèse aussi vaine qu'hypothèse peut l'être. Pour faire revivre un pareil cadavre, il ne suffit point d'écrire un discours dans son cabinet, mais il faut mettre la main à l'œuvre, muni du scalpel et du microscope, faire, en un mot, la démonstration en anatomiste. Lorsque M. Forget aura suivi cette marche, nous discuterons de nouveau cette question avec lui.

Il s'est glissé une fâcheuse inexactitude dans une des objections de M. Forget. Il dit que dans les faits de généralisation fibro-plastique de MM. Roux et Velpeau, la cellule cancéreuse s'est trouvée dans les tumeurs infectantes et s'est développée ultérieurement, après que son absence avait été constatée dans les tumeurs primitives. Nous mettrons M. Forget en demeure de prouver ce qu'il a avancé; et en attendant qu'il fournisse ses preuves, nous déclarons que ce fait est de son invention.

M. Forget dit que la récidive est à peu près constante dans les tumeurs fibro-plastiques, qu'elle constitue la règle. Mais sur quoi se fonde-t-il? Il résulte de mes recherches qu'elle a à peu près lieu dans un cinquième des cas. Je citerai de ma propre pratique plusieurs faits de guérison durable, celui entre autres d'une grande tumeur fibro-plastique que j'ai enlevée à une femme à la partie inférieure de la jambe en 1830; celui d'une femme à laquelle j'ai enlevé une tumeur fibro-plastique au col utérin en 1841. L'une et l'autre étaient complé-

lement guéries lorsque j'ai quitté la Suisse en 1846. Tous mes collègues pourraient citer des cas pareils. Dans les faits empruntés aux auteurs, un certain nombre de guérisons complètes ont été même obtenues après des opérations multipliées. Par conséquent, pour que j'admette, avec M. Forget, que la récidive est la règle dans ces cas, il faut, de deux choses l'une, ou qu'il oppose une statistique contradictoire à la mienne, ou qu'il me démontre qu'il y a identité entre un cinquième et la totalité. Ah! s'il m'apportait cette preuve-là, je me déclarerais vaincu sur ce point. On a de nouveau parlé d'un cas encore récemment présenté à la Société par M. Larrey. Eh bien! si vous voyez cet homme qui depuis son enfance portait une tumeur à la fesse qui a plusieurs fois récidivé sur place et dans la cicatrice, tout en laissant la santé générale superbe et les ganglions intacts, si vous y voyez, dis-je, une identité avec la marche du cancer, j'avoue franchement que je me permettrai de ne pas être de cet avis.

Vous m'objectez que dans les opérations répétées de M. Chassaignac sur un maxillaire inférieur atteint d'une tumeur fibro-plastique, la récidive a eu lieu malgré l'habileté du chirurgien. Mais vous devez vous rappeler que les opérations étaient incomplètes; que chaque fois j'ai retrouvé le tissu morbide sur l'extrémité des parties enlevées. Il aurait fallu peut-être aller jusqu'à la désarticulation de la mâchoire, devant laquelle, à coup sûr, M. Chassaignac n'aurait point reculé si le malade n'avait point quitté trop tôt l'hôpital. Votre objection prouve justement à quel point il est utile que l'anatomie pathologique vienne en aide à l'opérateur, et que pour bien opérer il ne suffit pas d'être habile opérateur, mais qu'il est nécessaire, avant tout, d'être un pathologiste consommé.

Vous trouvez, monsieur Forget, qu'au delà de nos démonstrations anatomiques il y a une espèce de puissance épigénésique, un principe vital qui rend bien mieux compte de la nature de la maladie que toutes nos recherches matérielles. Je vois que vous êtes partisan de cette école de haute généralisation, de cette prétention philosophique qui s'élève dans les nuages et qui plane au-dessus de nos mesquines recherches matérielles; c'est beau, c'est très beau même; mais j'ai le malheur de ne pas croire à cette école; et si je compare ce que cette tendance a promis avec ce qu'elle a tenu, je ne trouve que pauvreté, que nullité, que boursouflure, et je préfère mille fois chercher la vérité en étudiant humblement la phénoménologie, en comparant ensuite les faits, pour n'arriver à la généralisation qu'appuyé sur la large base de la réalité. C'est cette généralisation que j'honore, et qui constitue pour moi la véritable philosophie expérimentale.

Vous prétendez, dans un autre endroit de votre discours écrit, que

le tissu squirrheux et le tissu fibro-plastique sont identiques. Permettez-moi d'ajouter : « sauf les différences. » Parmi les nombreux caractères, je ne vous en citerai qu'un seul. Si vous examinez une coupe fraîche d'une tumeur squirrheuse, la plus simple pression en fera sortir un pus trouble et lactescent, tandis que vous n'en trouverez point dans le tissu fibro-plastique. Cette différence est si facile à vérifier, qu'un infirmier pourrait la constater. Quant aux autres différences très nombreuses, lisez ce qui a été écrit là-dessus, et votre doute disparaîtra. Je vois que vous admettez encore, monsieur, un cancer qui, avant de devenir plus mou, existerait d'abord à l'état cru. Permettez-moi de vous dire que ce n'est là qu'une simple croyance. Voyez combien de femmes arrivent promptement à la fin de leur triste et douloureuse maladie avec des squirrhes durs et peu volumineux de la mamelle. Comparez ensuite les très petites tumeurs naissantes de l'infection cancéreuse, et même chez celles qui ne dépassent pas encore le volume d'une tête d'épingle vous trouverez déjà, dans les diverses autopsies, tantôt les caractères du squirrhe, tantôt ceux de l'encéphaloïde. Ce sont là des variétés d'emblée, et nullement des phases obligatoires du développement.

Vous vous élevez contre le reproche que je fais aux chirurgiens de ne pas avoir appuyé leurs doctrines sur un nombre suffisant de faits bien observés, et vous vous permettez de dire qu'une systématisation prématurée m'a rendu injuste envers les auteurs en grand renom et envers mes maîtres. Ici, je dois encore regretter votre ignorance trop absolue de mes œuvres. Si vous les aviez lues, vous sauriez que je m'appuie sur les faits des autres chaque fois que j'en trouve; mais je ne saurais, d'un autre côté, m'appuyer sur des faits qui n'existent point.

Je l'ai déjà dit dans cette enceinte, ne trouvant le plus souvent sur les tumeurs que des doctrines générales d'un côté, et une grande pénurie d'observations bien faites d'un autre côté, j'ai dû me mettre à l'œuvre et recueillir pendant un grand nombre d'années des faits qui m'ont servi plus tard pour établir mes doctrines. Et vous croyez pouvoir anéantir le résultat de bien des années de labeur avec quelques arguties de raisonnement? Chaque fois que les faits m'ont conduit à une autre opinion que celle de mes maîtres, je crois ne pas avoir manqué de pitié envers eux en énonçant un résultat différent de leurs opinions. La vérité seule sera toujours, sous ce rapport, l'étoile polaire qui me guidera, et je ne cesserai d'avoir pour devise : « *Plato amicus,* » *sed major amica veritas.* » Ceci bien établi, je vous dirai que vous trouverez dans mon *Traité des maladies cancéreuses*, entre autres, à l'occasion des tumeurs cérébrales, une analyse de chacun des faits que

renferme le célèbre mémoire de Louis sur le fongus de la dure-mère, publié dans les mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie. Vous verrez que dans une autre occasion j'ai mis à profit les observations de Ledran, tirées du même recueil, et personne ne m'accusera d'avoir manqué d'érudition dans la plupart de mes publications. Seulement j'ai toujours eu soin d'apprécier chaque auteur à sa juste valeur.

En prenant pour exemple Ambroise Paré, je vous dirai que l'homme qui a le premier lié les artères, et qui les a liées, pour ainsi dire, sous les balles de l'ennemi, devait être un grand chirurgien et un homme de cœur. Ambroise Paré est pour moi une des figures les plus vénérables dans l'histoire de la chirurgie; mais ce n'est pas une raison pour que j'accepte ses doctrines sur le cancer lorsque je vois un crabe de mer figurer à côté de sa description du cancer, à cause de la ressemblance qu'il trouve entre cet animal et la maladie en question; ou lorsqu'il dit, à un autre endroit, que le cancer est engendré par la bile noire. En un mot, j'admets volontiers le poids des autorités lorsque les opinions avancées sont démontrées. J'honore mes maîtres; mais l'indépendance de l'esprit me paraît le premier et le plus sacré des devoirs de l'homme de science.

Il paraît que j'ai fait frissonner M. Forget en parlant de l'excision de quelques parcelles d'une végétation de la peau ou des membranes muqueuses pour arriver à un diagnostic précis avant l'opération. Il me reproche de faire ainsi des quarts d'opération qui ne peuvent qu'entraîner les conséquences les plus funestes. Je suis très heureux de pouvoir encore une fois rassurer complétement l'esprit timoré de mon honorable collègue, et de lui dire que rien au monde n'est plus exempt d'inconvénients que ces excisions exploratrices. Un malade porte une petite tumeur verruqueuse à la surface du derme ou sur quelques points accessibles de la bouche. Outre les symptômes rationnels, on cherche à s'éclairer sur la nature du tissu, parce que le parti chirurgical à prendre en sera nécessairement influencé. Rien de plus facile que d'enlever avec des ciseaux courbes un fragment suffisant pour élucider la question dans un grand nombre de cas, et jamais je n'ai vu le moindre accident en être la conséquence. Un de nos honorables collègues, que nous estimons et que nous affectionnons tous, M. le docteur Monod, pratique rarement l'opération d'une tumeur de la bouche sans m'envoyer les malades, que je soumets à cet examen, et il peut vous dire que cette méthode est utile et sans inconvénient aucun. D'un autre côté, je n'attache pas une valeur exagérée à ce procédé, pas plus que n'en doit avoir, en général, un mode d'exploration quelconque. Du reste, il en est de même de toutes les maladies chirurgicales. Si nous avons, par exemple, affaire à un calculeux, l'exploration

de la vessie par la sonde ne nous rend pas compte de l'état exact de tous les points de la vessie, moins encore de celui du reste des voies urinaires, souvent secondairement malades en pareille circonstance, nullement des troubles des autres fonctions, et de la digestion en particulier, qui président si souvent à toutes les maladies des voies urinaires; mais cette exploration n'est pas moins un élément presque indispensable pour arriver au diagnostic et pour décider le parti chirurgical à prendre. Voilà donc encore une des objections de M. Forget réduite à sa juste valeur.

Vous reprochez, en dernier lieu, que le microscope abaisse le niveau de l'étude clinique et rend le pronostic obscur. Il est impossible de formuler un reproche plus mal fondé, plus injuste, plus hostile au progrès scientifique. C'est le microscope, au contraire, qui nous a fait trouver des points de départ certains pour déterminer l'anatomie pathologique des produits accidentels, et qui ensuite nous a fait étudier avec plus de sûreté la symptomatologie correspondant aux différentes lésions. Si M. Forget en veut une preuve, qu'il lise mon *Traité des affections cancéreuses*. Quant au pronostic, il est de toute évidence que bien des nuances délicates à la fois et importantes ne nous ont été révélées que du moment où le microscope a commencé à intervenir. C'est depuis ce moment que les hommes vraiment au courant de la science formulent tout différemment le pronostic, qui autrefois aurait été indistinctement fâcheux pour le véritable cancer, pour le cancroïde épithélial et pour les tumeurs fibro-plastiques. C'est ainsi que, n'ayant jamais vu guérir un véritable cancer, l'incurabilité est pour nous la règle. De très nombreux exemples existent, au contraire, de guérison de cancroïde des lèvres et de l'ulcère cancroïde de la face. Pour le premier, des opérations hardies, étendues, aidées de l'autoplastie avec extirpation des ganglions malades, offrent des chances tout autres de guérison que s'il s'agissait d'un véritable cancer. Pour l'ulcère rongeant de la face, nous savons également aujourd'hui que son incurabilité souvent n'est due qu'à l'impéritie du chirurgien.

J'ai vu M. Manec, à la Salpêtrière, guérir un certain nombre de femmes atteintes de ces sortes d'ulcères, qui avaient été déclarés incurables par de grands chirurgiens. J'ai suivi ces femmes pendant très longtemps, et j'ai pu me convaincre que la guérison s'est soutenue. J'ai dans ma pratique également des faits précis de cancroïdes de la face guéris d'une manière durable. S'agit-il d'une tumeur fibro-plastique? J'ai démontré également que le pronostic était bien meilleur que pour le cancer; que la récidive, dans un grand nombre de cas, n'avait pas lieu; que dans d'autres elle ne survenait que très tardivement, et que lors même que les récidives étaient plus rapprochées, la santé générale

n'en était point influencée, les ganglions lymphatiques non infectés. Toutefois, le pronostic doit prévoir ici la possibilité d'une infection générale, bien que rare et exceptionnelle. Il faut ne pas être praticien pour nier l'évidence d'aussi grands services rendus par le microscope.

Il y aurait peut-être moyen de s'entendre en ajoutant au terme de tumeur fibro-plastique celui de cancroïde, pour désigner que cette affection offre à la fois des analogies et des différences avec le cancer. Mais jamais je n'admettrai l'identité de deux affections, ayant par mon travail péremptoirement démontré le contraire.

**Présentation de pièce d'anatomie pathologique.**

M. Vidal (de Cassis) présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique. C'est, suivant lui, un testicule cancéreux. Il est arrivé à la connaissance de la nature de la tumeur par les principes qu'il a déjà fait connaître à la Société.

La tumeur était solide et ancienne. Un seul testicule était malade, et ne pouvait être, dit M. Vidal, qu'un sarcocèle tuberculeux de mauvaise espèce, ou un sarcocèle cancéreux. L'exploration attentive des viscères ayant permis de reconnaître qu'il n'existait pas de tubercules, il devenait évident pour le chirurgien que l'affection était de nature cancéreuse, malgré l'absence de douleurs lancinantes.

M. Follin examinera la tumeur, et si, dit M. Vidal, la cellule cancéreuse est le signe caractéristique du cancer, il n'est pas douteux que sa présence ne soit révélée par l'analyse microscopique.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret pour discuter une question relative à l'application du règlement.

*Le vice-secrétaire*, Laborie.

*Séance du 12 janvier 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. Follin communique le résultat de l'examen microscopique de la tumeur présentée par M. Vidal (de Cassis). Il s'agit d'une affection cancéreuse; les cellules cancéreuses se retrouvent en grande quantité dans toute la masse examinée.

**Correspondance.**

M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-

Rhône), adresse un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Mémoire sur la rupture du ligament rotulien.*

M. Bourguet sollicite la faveur d'être nommé membre correspondant. (Commission : MM. Michon, Maisonneuve et Demarquay.)

**Admission de M. Duval comme membre honoraire.**

M. Duval, nommé par acclamation membre honoraire, est présent à la séance. Il adresse ses remerciments dans les termes suivants :

« Messieurs et chers collègues,

» C'est avec bonheur que j'ai reçu le titre que vous avez bien voulu me donner. Resté seul de tous les membres de l'ancienne et très illustre Académie royale de chirurgie, je suis heureux de servir de point d'union entre votre devancière et vous. Vous avez déjà conquis par vos travaux une grande place dans la science ; soyez certains que je vous suivrai avec joie dans la route que vous poursuivez si honorablement. Quant à mes rapports avec vous, mes chers collègues, ils seront, croyez-le bien, toujours bons et agréables, comme ils doivent ne jamais cesser d'exister entre confrères. Permettez-moi, en terminant, de déposer sur le bureau, comme gage des sentiments que j'éprouve, le *Serment d'Hippocrate* (1). »

M. Guersant, président, répond que la Société est heureuse de compter parmi ses membres honoraires un ancien membre de l'Académie de chirurgie. Elle remercie M. Duval du don qu'il veut bien lui faire du *Serment d'Hippocrate*, qu'elle déposera précieusement dans sa bibliothèque comme un souvenir de l'honorable doyen de ses membres honoraires.

## RAPPORTS.

**Cancer de la lèvre inférieure opéré par un procédé nouveau.**

M. Lenoir, au nom de la commission chargée de rendre compte d'un travail de M. Bernard (Camille) sur un cancer de la lèvre inférieure opéré par un procédé nouveau, lit le rapport suivant :

Messieurs, je viens vous rendre compte d'un travail qui vous a été adressé par M. le docteur Camille Bernard dans le but d'obtenir le diplôme de membre correspondant de la Société de chirurgie. Ce travail a pour titre : *Cancer de la lèvre inférieure ; restauration à l'aide de deux lambeaux latéraux quadrilatères ; guérison.* — Il comprend l'observation d'un cas particulier qui s'est présenté l'an dernier à l'Hôtel-

(1) Serment d'Hippocrate, précédé d'une Notice sur les serments en médecine ; par J. B. Duval, membre du Collége et Académie royale de chirurgie.

Dieu d'Apt, observation qui est précédée et suivie de réflexions sur la *chéiloplastie* en général. Voici d'abord la relation du fait en peu de mots :

Un homme de 78 ans, d'une constitution athlétique, porte depuis environ un an une tumeur ulcérée à la lèvre inférieure. Il ne donne aucun renseignement ni sur la cause déterminante, ni sur la marche progressive de son mal ; seulement il dit avoir eu une simple gonorrhée un demi-siècle auparavant. Sur ce renseignement, un médecin consulté a eu la pensée de lui prescrire récemment un traitement antisyphilitique complet, regardant sans doute l'affection actuelle de la lèvre comme dépendant d'une cause spécifique. Deux autres médecins, consultés aussi depuis peu de temps, ont, de leur côté, considéré le mal comme étant de nature cancéreuse ; mais le plus ancien des deux s'est opposé à toute opération.

M. Bernard, consulté à son tour, n'a trouvé aucune contre-indication à agir, ni dans l'âge avancé du malade, ni dans l'état actuel de l'ulcère que celui-ci porte à la lèvre ; et il insiste avec raison, pour étayer sa détermination, sur ces trois points : 1° que, dans ce cas, l'induration du tissu cellulaire et la couleur violacée des téguments et de la muqueuse s'arrêtent de chaque côté à 5 ou 6 millimètres en deçà des deux commissures des lèvres, et ne s'étendent par en bas que jusqu'au sillon mentonnier ; 2° que les glandes sous-maxillaires sont saines ; 3° enfin sur la constitution de son malade.

Voici maintenant le procédé opératoire que ce chirurgien a préféré : après avoir cerné les tissus affectés de cancer par deux incisions partant du bord libre de la lèvre inférieure et les avoir réunies en bas par une troisième transversale occupant le sillon mentonnier, il détacha la partie moyenne de cette lèvre de ses insertions à l'os maxillaire et l'enleva ; puis il s'occupa de réparer la perte de substance qu'il venait de produire. Chez cet homme, l'ouverture de la bouche avait 60 millimètres d'étendue : or, comme par suite de l'opération ce qui restait de la lèvre inférieure de cette bouche était réduit à deux moignons ayant ensemble 15 millimètres, le chirurgien dut tailler dans le bas des joues deux lambeaux quadrilatères allongés qu'il fit glisser sur l'os maxillaire inférieur jusqu'à ce qu'ils arrivassent au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane ; de plus, afin de pouvoir doubler le bord libre de ces deux lambeaux avec la muqueuse buccale et lui donner la forme et la structure du bord libre de la lèvre inférieure qu'il venait d'enlever, il dut exciser les téguments seuls en dehors des deux commissures de manière à conserver deux portions de membrane muqueuse assez longues et assez larges pour recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre ; enfin, comme par suite du rapprochement des deux lam-

beaux quadrilatères, exclusivement formés aux dépens de la partie inférieure des joues, la lèvre supérieure était trop proéminente en avant et se plissait en dehors des commissures, il dut enlever l'excédant de cette lèvre en pratiquant en ces deux derniers points une perte de substance en forme de V dont le sommet regardait en haut. L'opération était achevée : les artères labiales furent tordues et les lambeaux maintenus rapprochés à l'aide de quelques points de suture entortillée. Après le pansement, il restait trois plaies linéaires ; l'une médiane, formée par les deux lambeaux quadrilatères réunis au-devant de la symphyse du menton, et deux latérales partant de chaque commissure et se dirigeant en haut et en dehors : elles résultaient de la double perte de substance faite à la lèvre supérieure.

Le malade supporta bien toute cette longue manœuvre, quoiqu'il ne fût pas éthérisé, et le quinzième jour sa guérison était constatée, car il sortait de l'hôpital. L'observation relate qu'il a été revu un mois après quand il vint chercher les effets qu'il avait laissés dans l'établissement. Alors, dit l'auteur, « la réussite était assez complète pour » qu'à la vue du *facies* de cet homme on ne se doutât pas qu'il avait » subi l'enlèvement de la lèvre inférieure. » Depuis, il a été perdu de vue.

Vous le voyez, messieurs, la méthode employée pour restaurer la lèvre inférieure dans ce cas est celle qui a été tour à tour appelée *méthode de Celse*, *méthode française*, et qu'il vaut mieux, je crois, appeler *méthode par glissement*, parce que cette dénomination fait de suite connaître le caractère du genre d'autoplastie dont on parle, méthode à laquelle M. Bernard, qui se montre très au courant de tout ce qui s'est fait en chéiloplastie dans ces derniers temps, a ajouté deux modifications importantes : la première, qui paraît appartenir au professeur Serres, de Montpellier, consiste à *ourler* le bord libre de la lèvre de formation nouvelle au moyen d'un lambeau de la muqueuse buccale ; et la seconde, qui se trouve indiquée pour la première fois dans le travail de notre confrère d'Apt, consiste à exciser la portion exubérante de la lèvre supérieure à l'aide de deux incisions en Λ renversé, faites en dehors et au-dessus des deux commissures. J'ajouterai, enfin, que c'est aussi dans ce travail que je vais indiquer pour la première fois la longueur exacte et presque mathématique qu'il convient de donner aux lambeaux de restauration ; longueur qui variera, du reste, suivant l'étendue de l'ouverture normale de la bouche de l'opéré et suivant l'étendue de la perte de substance que devra subir la lèvre affectée de cancer. La description de cette manœuvre opératoire est bien faite, quoique un peu longue, comme l'opération, qu'elle s'applique à faire connaître dans tous ses temps ; mais peut-être y aurait-il moyen d'a-

bréger l'une et l'autre en commençant la restauration de la lèvre inférieure par la double incision en V qu'on pratique au-dessus des commissures, et dans la base de laquelle on trouverait, par un simple renversement en dehors, le lambeau de muqueuse buccale qui est nécessaire à la confection de l'*ourlet*. Ce petit changement dans l'ordre des différents temps de la manœuvre opératoire a permis à votre rapporteur, en agissant avec de forts ciseaux, d'exécuter celle-ci sur le cadavre et en moins de temps qu'il n'en met ici à vous l'indiquer.

Mais la méthode suivie dans ce cas par M. Bernard pour exciser le cancer et reconstituer la lèvre inférieure après cette excision était-elle la meilleure à employer? L'auteur du travail dont je vous rends compte a discuté longuement cette question, et je dois dire que je partage entièrement son opinion sur la prééminence qu'il accorde à l'opération qu'il a pratiquée ; comme lui, je pense que, chez un malade dont la lèvre inférieure, normalement longue de 60 millimètres, devait subir une perte de substance de 45 millimètres de long sur 35 millimètres de haut, on ne pouvait se borner à une simple incision en V et au rapprochement des bords de cette incision sur la ligne médiane, par la raison que le vide des trois quarts de la lèvre n'aurait jamais pu être comblé par le quart restant voisin des commissures, et que l'occlusion de la bouche serait résultée de ce rapprochement par trop forcé. L'incision en V ne peut convenir que dans les cas où le mal n'occupe qu'un petit espace.

Comme lui je pense aussi que, du moment que pour combler cette large perte de substance de la lèvre inférieure il fallait emprunter aux parties environnantes de celle-ci des lambeaux, cet emprunt devait être fait aux joues de préférence à tout autre lieu. En faisant en effet remonter la peau du menton et de la région antérieure du cou taillée *carrément*, suivant le procédé de *Chopart*, ou en *demi-cercle*, suivant la méthode de M. Roux (de Saint-Maximin), on n'aurait eu qu'une lèvre imparfaite; car la muqueuse buccale manquait au-dessous du sillon mentonnier, et l'on n'aurait pu faire avec elle l'*ourlet* du bord libre de cette lèvre.

Toute la discussion à laquelle M. Bernard se livre ici pour faire prévaloir la *forme quadrilatère* des incisions à l'aide desquelles il a cerné les parties affectées de cancer sur la forme en *V* ou sur la forme *semi-lunaire* qu'il aurait pu leur donner, et aussi pour établir la supériorité des lambeaux latéraux sur le lambeau mentonnier dans la confection de la nouvelle lèvre inférieure, toute cette discussion, dis-je, est convenablement conduite, et fait honneur à la logique et à la sagacité de son auteur.

Je n'adresserai à M. Bernard qu'un seul reproche, c'est d'avoir trop

tôt publié son observation, c'est d'avoir donné comme définitif un résultat brillant aujourd'hui, mais que peut-être un avenir peu éloigné pourra changer en un échec opératoire. Si notre honorable confrère eût attendu plus longtemps avant de nous envoyer son travail, il eût pu nous dire si la récidive du mal a eu lieu, au bout de combien de temps et sur quel point elle a eu lieu; et, en faisant cela, il eût comblé un des nombreux *desiderata* de la science. C'est en effet aujourd'hui encore une question de savoir si, à la suite de ces grands cancroïdes des lèvres enlevés par l'instrument tranchant et réparés par l'autoplastie, il ne survient pas des récidives aussi fréquentes que lorsqu'on se borne à l'excision simple de la partie malade et au rapprochement des bords de la plaie qui résulte de cette opération. M. Martinet (de la Creuse), et après lui Blandin, suivi en cela par nos collègues MM. Michon et Chassaignac, ont, dans l'enthousiasme provoqué chez eux par quelques rares succès, proclamé que l'autoplastie était un moyen sûr de prévenir la récidive des cancers enlevés par l'instrument tranchant. Je crois, pour ma part, que pour donner quelque semblant de valeur à cette assertion, il conviendrait de définir d'abord de quelle méthode d'autoplastie on entend parler. Je comprends, par exemple, qu'un lambeau de peau pris à une certaine distance du lieu sur lequel on le transplante, ainsi que cela se pratique dans la *méthode indienne*, ne soit pas contaminé par le cancer ou par les dartres; non, comme on l'a dit, parce qu'il *apporte une vie puissante* aux parties avec lesquelles on le met en rapport, mais bien parce qu'il reste étranger aux mouvements vitaux de ces parties. Je comprends cela, sans toutefois trop me fier à cette action bienfaitrice, et dans ma pratique je compte bien plus, comme moyen propre à prévenir la récidive des cancers, sur l'ablation complète de la partie affectée et sur la réunion immédiate après l'opération, que sur un lambeau autoplastique façonné même par la méthode indienne. Mais qu'il en soit de même de la méthode française ou par glissement, je ne le comprends plus. Trop de faits viendraient déposer ici contre cette doctrine, et si le temps me le permettait, je vous en citerais plusieurs tirés de la pratique de Dieffenbach, de Serres (de Montpellier), de Roux (de Saint-Maximin), de M. Velpeau, et de la mienne propre.

Un second avantage devait résulter de ce retard de publication: M. Bernard aurait pu nous dire comment au bout d'un certain temps la lèvre inférieure restaurée aux dépens des parties molles voisines fonctionnait soit dans l'acte de la préhension des aliments, soit dans celui de la prononciation de certains mots, soit enfin dans les différents mouvements auxquels elle est soumise dans l'expression faciale. Ces détails, qu'on cherche vainement dans les observations publiées chaque jour

dans nos journaux, sont d'un grand intérêt au point de vue de la physiologie et de la pathogénie; et pourtant ils manquent ici. Que certains chirurgiens, après avoir réussi tant bien que mal à restaurer une lèvre enlevée par l'instrument, se hâtent de communiquer au public par la voie de la presse leur succès trop souvent éphémère; nous n'avons rien à y voir; c'est un malheur du temps, qui prend sa source dans le nombre trop grand de nos journaux de médecine, et dans l'absence de bons matériaux propres à les remplir. Mais pour nous, qui faisons plus de cas de la qualité que de la quantité, nous ne pouvons nous empêcher de signaler ici cette lacune regrettable dans un travail qui mérite votre approbation.

M. Bernard, outre cette observation, a envoyé à la Société un mémoire imprimé sur la version podalique à double rotation du fœtus; un second sur l'amputation de la jambe à lambeaux latéraux obliques; et un troisième sur le redressement du cal difforme par simple déflexion. Il est enfin chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Apt et en position de mettre à profit pour la science les matériaux qui se présenteront à lui par la suite.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer l'observation de M. Bernard aux archives;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant de la Société.

— Après la lecture de ce rapport, M. Chassaignac demande la parole. Il approuve tous les principes de probité chirurgicale et de saine pratique consignés dans l'intéressant rapport de M. Lenoir; seulement il croit devoir faire observer que ce que le rapporteur signale relativement à la valeur de l'autoplastie comme moyen préservatif de la récidive cancéreuse n'a pas été exactement indiqué quant à ce qui le concerne, du moins.

Dans un travail communiqué à la Société de chirurgie j'ai, dit M. Chassaignac, indiqué une observation qui m'était propre, dans laquelle la récidive cancéreuse en envahissant la cicatrice avait complétement respecté le lambeau de réparation, et j'ai fait ressortir ce que ce fait présentait d'intéressant au point de vue de l'application de l'autoplastie au traitement des plaies résultant des amputations du cancer.

Quant à l'influence définitive, absolue de l'autoplastie sur la récidive, cette question ne saurait être jugée sans un nombre considérable de faits observés pendant longtemps, car il ne faut pas oublier que rien n'est moins limité que l'époque de la récidive, et les faits n'auront de valeur que lorsqu'ils auront été soumis pendant un temps assez long à l'observation du chirurgien.

En outre, tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Lenoir sur l'importance de ne pas consigner dans la science les cas

d'opération encore trop récents, M. Chassaignac ajoute que, dans quelques circonstances, lorsqu'il s'agit, par exemple, de procédés opératoires nouveaux, il peut devenir utile de ne pas attendre pour publier des observations.

M. Lenoir répond qu'il avait cru remarquer dans le travail de M. Chassaignac une tendance marquée à faire ressortir la valeur curative de l'autoplastie comme moyen d'empêcher la récidive du cancer. Cette opinion, commune du reste à plusieurs chirurgiens, ne lui paraissant pas suffisamment justifiée, il n'a pas hésité à la combattre.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Camille Bernard est nommé membre correspondant.

Le rapport sera publié dans les bulletins de la Société.

— M. Richet donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Désormeaux, chirurgien du Bureau central.

Voici le titre de ce travail :

*Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant.*

Le travail, avec le rapport, ayant été renvoyé au comité de publication, nous donnons seulement les conclusions de la commission :

1° Renvoyer le travail au comité de publication pour être inséré dans les Mémoires de la Société ;

2° Nommer M. Désormeaux membre titulaire.

La première conclusion a été immédiatement adoptée. Le vote sur la deuxième conclusion aura lieu dans la prochaine séance.

**Discussion.**

M. Deguise. En entendant la lecture du travail de M. Désormeaux, ce qui m'a surtout frappé, c'est la terminaison fatale de l'affection. La mort, en effet, est rarement la conséquence de cette luxation ; car dans presque tous les cas que j'ai recueillis, les malades ont guéri, même quand la luxation était complète.

Quant aux signes observés sur le malade, il est à regretter que M. Désormeaux n'ait pas suffisamment insisté sur le développement du diamètre antéro-postérieur de l'articulation.

M. Richet fait observer que ce reproche ne saurait être adressé à l'auteur du mémoire. Seulement, comme ce symptôme n'est pas nouveau, il n'a pas cru devoir en parler dans son rapport.

Quant au signe emprunté à la situation de la rotule, M. Deguise ne saurait partager l'opinion de M. Richet. Voici, en effet, comment s'exprime le rapporteur :

« Dès à présent on peut affirmer, en se fondant sur les faits obser-
» vés par MM. Deguise fils et Désormeaux, et surtout par ce dernier,
» que, dans la luxation complète comme dans l'incomplète, la position de

» la rotule n'est pas toujours la même, et ne saurait, en conséquence, » constituer un signe pathognomonique, comme le voudrait M. Mal- » gaigne. »

Constamment, dit M. Deguise, j'ai vu dans les expériences que j'ai tentées la rotule située horizontalement sur la face supérieure du tibia; ce symptôme me paraît devoir être constant, comme l'indique M. Malgaigne.

M. Richet, n'ayant fait que des expériences sur la luxation en arrière, n'a pas été à même d'apprécier les faits signalés par M. Deguise; mais, du reste, peu importe ce qui a lieu sur le cadavre; le fait qui ressort des deux observations indiquées, l'une par M. Deguise lui-même, et l'autre par M. Désormeaux, c'est que cette situation de la rotule, que l'on veut considérer comme pathognomonique, manquait précisément sur les deux malades.

M. Deguise pense que si la rotule n'offrait plus la position horizontale, cela tenait aux mouvements imprimés au membre luxé et à la situation dans laquelle on avait placé le malade. Les signes les plus ordinaires des fractures peuvent être accidentellement modifiés, sans pour cela qu'on soit autorisé à les nier parce qu'on ne les aurait pas rencontrés.

M. Deguise cite à ce propos un cas de fracture de cuisse observée par Lisfranc dans laquelle il y avait allongement du membre; la fracture était excessivement oblique, et les deux fragments se correspondant par leurs extrémités, il y avait de la sorte allongement; et le fait observé par Lallemant à la Salpêtrière : une femme *aliénée* et *paralytique* fait une chute; on l'examine étant debout, et l'on trouve l'un des membres manifestement allongé. Cependant on s'aperçut que ce membre était fracturé (fracture du col du fémur); l'allongement était produit par le poids du membre paralysé.

M. Richet, en réponse à M. Deguise, fait ressortir l'importance de deux faits cliniques observés avec soin, dans lesquels la rotule ne présentait pas le déplacement indiqué comme devant toujours exister. Quant à la cause qui maintient la rotule verticale, il croit pouvoir l'attribuer à l'épanchement qui se fait dans l'articulation.

M. Morel-Lavallée partage les idées de M. Richet sur la nécessité de soumettre à de nouvelles études l'histoire des luxations, et surtout des luxations du genou. L'étiologie présente en effet des particularités assez inattendues; ainsi dans la très grande majorité des cas, la luxation se produirait par le fait d'une chute.

Quant aux suites, il ne saurait partager l'avis de M. Deguise sur l'heureuse terminaison habituelle des luxations du genou.

En analysant les observations publiées, M. Morel a fait une remar-

que qui lui paraît avoir échappé jusqu'ici aux observateurs ; c'est que la déchirure des vaisseaux poplités et la gangrène de la jambe consécutive à la rupture ou à la compression de ces vaisseaux semblent appartenir exclusivement à la luxation en avant. Voici comment s'explique, si je ne me trompe, dit M. Morel, cette particularité importante : dans la luxation de la jambe en arrière, l'extrémité supérieure du tibia repousse en arrière les vaisseaux poplités, qui, se détachant et s'éloignant aisément du fémur, éludent l'action vulnérante de la pression de l'os ; dans la luxation en *avant*, au contraire, l'arcade fibreuse du soléaire bride les vaisseaux et les empêche de s'écarter de la jambe, et, forcés de s'enrouler dans l'espace intercondylien et de suivre le tibia jusqu'en avant, ils subissent à la fois une compression et une élongation capables d'en amener la rupture ou une oblitération au moins momentanée.

M. Roux pense qu'il y a un autre motif qui peut rendre compte de la non-déviation de la rotule. Chez quelques individus le ligament rotulien inférieur est très court, et si la luxation de la jambe se fait en avant, la rotule se trouve trop fortement retenue en bas pour pouvoir se rencontrer sur la face articulaire tibiale, alors le déplacement horizontal devient impossible. M. Roux, du reste, ne peut rien dire sur cette luxation, qui suit le résultat de son observation personnelle, car, pendant sa longue pratique, il n'a jamais vu de luxation du genou.

M. Huguier, insistant sur la différence entre les résultats obtenus sur le cadavre et les faits observés sur le vivant, signale comme devant, dans ces derniers cas, exercer une influence considérable sur la non-déviation horizontale de la rotule, la contraction musculaire. Il faut en outre ne pas oublier que la capsule fibreuse résistante retient le ligament rotulien en place, et devient un obstacle de plus au déplacement de la rotule.

M. Deguise pense qu'il ne doit pas y avoir de grande différence entre les luxations produites sur le cadavre et celles que l'on observe sur le vivant, car elles ne peuvent être faites qu'à la condition d'avoir déterminé un grand délabrement.

M. Richet ne partage pas cette opinion de M. Deguise; il a été étonné, dans les expériences qu'il a faites, du peu d'altération déterminé autour de la jointure, et, dans le cas de M. Désormeaux, il y avait seulement éraillement des ligaments croisés.

M. Chassaignac partage l'opinion de M. Richet sur l'influence de l'épanchement sur la non-déviation horizontale de la rotule.

**Présentation de pièces d'anatomie pathologique.**

M. Maisonneuve présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie dans les conditions suivantes :

Il y a environ un mois, un carrier reçut sur la tête un moellon qui détermina une plaie de tête avec arrachement du cuir chevelu dans une assez grande étendue.

Pendant quinze jours il n'y eut pas d'accidents; mais tout à coup apparurent des phénomènes cérébraux indiquant une compression. Il y eut une hémiplégie complète sur le côté opposé à la lésion de la tête.

M. Maisonneuve crut à un abcès du cerveau, et il se décida à appliquer le trépan. Une première couronne fut placée sur le point le plus dénudé des os du crâne; successivement cinq couronnes furent appliquées; mais, malgré le débridement des méninges, il ne sortit aucune espèce de sécrétion purulente. Le malade mourut.

A l'autopsie, on reconnut que la trépanation avait été faite en un point convenable; si le chirurgien avait ponctionné plus profondément, il aurait ouvert l'abcès, qui se trouvait à un centimètre de profondeur.

L'abcès, qui a détruit une partie assez considérable du cerveau, intéresse le lobe moyen.

Dans le diagnostic, dit M. Maisonneuve, j'ai été induit en erreur en m'en fiant, pour reconnaître le siége de l'abcès, aux lésions physiologiques.

J'avais soupçonné, en effet, que la lésion devait siéger en avant, en considérant que la perte complète de la parole avait été le premier symptôme.

Le volume de l'abcès est celui d'une grosse noix. Si j'avais reconnu l'abcès, ajoute M. Maisonneuve, aurais-je réussi en le ponctionnant?

Un fait que j'ai récemment observé me permet d'espérer que le malade aurait pu guérir. Une dame, ayant reçu un coup violent sur la tête, eut consécutivement une hémiplégie. Je fus d'avis de trépaner; certaines circonstances éloignèrent l'opération, et spontanément l'abcès s'ouvrit par les fosses nasales. Il y eut disparition immédiate de l'hémiplégie et guérison.

Ce fait n'est pas sans analogues; dans trois cas connus, il y a eu guérison par le même procédé.

— A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

*Le vice secrétaire*, E. Laborie.

*Séance du 19 janvier 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malade.**

M. Chassaignac présente à la Société un jeune garçon de seize ans sur lequel il a pratiqué la désarticulation du troisième orteil du pied droit. L'amputation a été faite par la méthode ovalaire. La cicatrice est parfaite. En présentant ce malade, M. Chassaignac a eu l'intention de fixer l'attention, non pas sur l'opération, mais bien sur la lésion qui l'a rendue nécessaire.

Ce jeune homme fut adressé à l'hôpital Saint-Antoine par M. Gueneau de Mussy. Il présentait une hypertrophie du troisième orteil, qui avait un volume égal à celui du gros orteil. Il n'existait aucune espèce de lésion à laquelle on pût rattacher ce développement anormal. L'affection, dès son début, s'était compliquée de douleurs très vives qui allèrent toujours en augmentant, et qui étaient devenues intolérables.

Après plusieurs mois de tentatives inutiles pour faire cesser cet état de souffrance, après avoir détruit la matrice de l'ongle à l'aide du cautère actuel, M. Chassaignac se décida, sur les instances du malade, à pratiquer l'amputation de l'orteil.

A la dissection, on reconnut qu'il n'existait aucune altération des parties molles, qui ne présentaient que de l'hypertrophie; mais au centre de la phalangette, doublée de volume, on trouva un petit corps dur, osseux, logé dans l'intérieur même de l'os, dont les parois, très amincies, avaient été repoussées en dehors.

L'analyse microscopique du corps anormal sera faite par M. Lebert, qui donnera, dans une prochaine séance, le résultat de cet examen.

**Sur la déchirure des ligaments croisés dans la luxation du tibia sur le fémur.**

A propos du rapport de M. Richet, M. Chassaignac rappelle que dans l'observation de M. Désormeaux on avait noté les lésions des ligaments croisés. Dans des expériences qui lui sont propres, et qui datent de 1841 (Thèse sur les appareils orthopédiques, page 163), M. Chassaignac avait constaté quelques circonstances intéressantes quant à la force comparative de résistance de ces ligaments. Ainsi, en produi-

sant une extension exagérée de la jambe sur la cuisse, le ligament postérieur interne cède le premier, tandis que dans la flexion, c'est l'antérieur qui se déchire d'abord.

Dans l'observation de M. Désormeaux, on ne se rend pas bien compte du mécanisme qui a produit la luxation. Est-ce pendant la flexion ou pendant l'extension que le déplacement articulaire a été déterminé? Si, dit M. Chassaignac, mes expériences se trouvaient confirmées, cette question pourrait être éclaircie.

M. Richet, après avoir rappelé que dans le fait de M. Désormeaux il y avait rupture du ligament antérieur, dit que dans les expériences qu'il a répétées sur le cadavre il a trouvé le ligament antérieur intact et le postérieur déchiré lorsqu'il avait produit une extension exagérée.

M. Robert pense que l'on ne saurait comparer les altérations produites sur le cadavre avec celles qu'on remarque sur le vivant; aussi n'admet-il pas que les observations de ses collègues puissent offrir une application pratique. Dans une première séance, M. Robert communiquera une observation de luxation en arrière de la jambe sur la cuisse. Les ligaments croisés et les ligaments postérieurs de l'articulation sont détruits.

M. Richet fait observer que dans les expériences qu'il a faites il ne s'est occupé que des luxations incomplètes. Le fait dont parle M. Robert est relatif à une luxation complète; alors les altérations doivent être bien différentes.

### Correspondance.

M. Lebert, nommé professeur de clinique chirurgicale à Zurich et médecin en chef de l'hôpital, se trouvant dans la nécessité de quitter Paris, demande le titre de membre associé étranger. (Accordé.)

### Correspondance imprimée.

M. Debout fait don du XLIII^e volume du *Bulletin de thérapeutique*:

La Société reçoit en outre :

1° Le programme des prix proposés pour 1853, 1854 et 1855 par l'Académie des sciences et belles-lettres et arts de Rouen;

2° Le programme des prix proposés pour 1853, 1854 et 1855 par la Société libre d'émulation de la même ville.

### Hernie inguinale comprenant une partie de la vessie.

M. Roux fait la communication suivante :

J'ai eu récemment l'occasion d'opérer une hernie inguinale droite étranglée, présentant, en outre d'une anse intestinale, une notable portion de la vessie. La présence de ce viscère ne fut reconnue que dans

le cours de l'opération. La rareté de ce genre de hernie, que je n'avais jamais rencontré, l'erreur que j'ai commise, me paraissent donner un grand intérêt à cette observation.

Vendredi dernier fut admis dans mon service un homme qui, depuis quatre jours, présentait des symptômes d'étranglement; il s'agissait d'une hernie inguinale droite volumineuse, existant dès l'enfance. Jusqu'à l'âge de vingt et un ans, le malade n'avait rien fait pour la maintenir réduite; ce fut seulement après avoir été exempté de la conscription qu'il se décida à porter un bandage, qui ne remplit jamais le but que l'on voulait atteindre.

Lorsque je vis le malade, on avait tenté à plusieurs reprises la réduction, tant en ville qu'à l'hôpital. Le malade était dans un état très grave; je me décidai, sans plus attendre, à pratiquer l'opération.

La hernie était volumineuse, en haut et en dehors elle avait un prolongement assez dur, en bas et en dedans elle était plus molle, moins consistante; j'opérais avec la plus grande confiance, persuadé que j'avais affaire à une hernie ordinaire.

Les premiers temps de l'opération furent très simples : j'arrivai promptement sur l'anse intestinale étranglée; je débridai le col herniaire et je réduisis l'intestin, qui n'avait contracté adhérence en aucun point et qui me parut dans un état satisfaisant.

Ceci fait, je vis saillir au côté interne du sac une partie que je n'avais point encore aperçue; je crus avoir devant les yeux l'épiploon; l'aspect en était lisse et poli; à la surface se voyaient quelques pelotons graisseux; en passant le doigt à la base de cette espèce de tumeur on reconnaissait qu'elle était libre de toute adhérence.

J'essayai de réduire, je réussis en partie; mais dès que le doigt abandonnait la portion réduite, immédiatement elle ressortait. Plus persuadé que jamais qu'il s'agissait de l'épiploon, je me décidai à en faire l'excision, ce qui était d'autant plus facile que je pouvais saisir la tumeur entre mes deux doigts.

Je procédai avec douceur, coupant en dédolant, lorsqu'enfin je fis une ouverture par laquelle s'échappa un flot d'urine; alors seulement je vis qu'il y avait une cystocèle. Je me hâtai de fermer la petite plaie que j'avais produite et je pansai suivant les règles.

Malgré les évacuations qui survinrent dans la journée, les symptômes d'étranglement persistèrent, et le malade s'éteignit vingt-six heures après l'opération.

La pièce pathologique a été disséquée avec soin par M. Roux, qui la soumettra dans la prochaine séance à l'examen de la Société.

C'était bien la moitié de la vessie qui était herniée.

M. Roux pense que la cystocèle existait dès l'enfance; d'abord faible, elle était formée par une partie non recouverte du péritoine; puis, à mesure qu'elle augmentait de volume, elle entraînait avec elle et le péritoine et les parties voisines; du reste, les parois de la vessie herniée n'avaient pas augmenté d'épaisseur. On remarquait en un seul point un peu d'hypertrophie du tissu musculaire.

Ainsi, la cystocèle congéniale avait existé dans ce cas pendant de longues années, en s'accompagnant d'anses intestinales, sans avoir révélé sa présence par aucun symptôme, et même pendant l'opération la présence de la vessie a été méconnue; du reste, dit M. Roux, si j'avoue mon erreur, je dois ajouter que je ne crois pas qu'elle ait eu de l'influence sur le résultat.

La discussion sur ce fait aura lieu lors de la présentation des pièces d'anatomie pathologique.

### Rapport.

M. Maisonneuve fait un rapport sur des observations de luxation coxo-fémorale en haut et en avant adressé à la Société par M. le docteur Aubry, de Rennes.

### Observations de luxations coxo-fémorales en haut et en avant. Examen cadavérique d'une de ces luxations huit jours après sa production. Application de ce dernier cas aux doctrines de M. Malgaigne touchant les luxations ilio-pubiennes.

En publiant ce fait d'anatomie pathologique, nous n'avons pas pour but de faire connaître un cas rare, exceptionnel, et ne devant offrir de l'intérêt qu'en vertu de son caractère anormal; nous croyons, au contraire, qu'il est la représentation des cas ordinaires; et c'est à ce titre qu'il a de l'importance; et pour fixer de suite les idées sur sa nature, nous dirons qu'il est pour nous la démonstration d'un certain nombre de propositions que nous allons placer en regard des assertions contraires de M. Malgaigne.

| | OPINIONS DE M. MALGAIGNE. |
|---|---|
| 1° Les luxations coxo-fémorales complètes en haut et en avant s'accompagnent bien réellement des symptômes indiqués par les auteurs classiques. S'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels. | 1° Les luxations complètes, qui sont singulièrement rares en comparaison des autres, présentent des symptômes tout différents de ceux de la luxation classique. |

| | |
|---|---|
| A. Dans ces luxations complètes, le membre est dans la rotation en dehors, dans l'abduction et non dans l'adduction forcée. | A. La rotation en dehors n'existe plus; le membre est porté dans l'adduction. |
| B. La tête du fémur fait saillie au pli de l'aine. | B. La tête n'est plus au pli de l'aine. |
| C. Le raccourcissement n'est pas énorme. | C. Le raccourcissem. est énorme. |
| 2° La tête du fémur repose sur le pubis. | 2° La tête serait au-dessus du rebord du bassin, au-devant de l'ilium et non sur le pubis. |
| 3° Le bord de l'os coxal n'est point reçu comme dans une mortaise dans la partie postérieure du col. | 3° Ce bord s'engagerait dans l'échancrure postérieure du col du fémur, comme dans une mortaise. |
| 4° La méthode de réduction par flexion et rotation est la meilleure. | 4° Le procédé de flexion serait de tous le plus dangereux et le moins susceptible de réussir. |

Il y a une quinzaine d'années, les propositions que nous venons d'émettre auraient paru un hors-d'œuvre, une vérité banale, et la dissection que nous avons pu faire d'une luxation récente n'aurait servi qu'à confirmer la doctrine universellement reçue.

Aujourd'hui il n'en est plus de même; M. Malgaigne a remis en question toute l'histoire des luxations de la cuisse; « il a voulu, » dit-il, substituer pour l'une des grandes variétés de la luxation » coxo-fémorale une histoire réelle et positive au roman que l'on » enseigne dans les écoles »; et pour arriver à ce but il a usé de tous les moyens de publicité : cours particuliers, articles de journaux, discussions scientifiques, enseignement officiel enfin, rien ne lui a manqué.

Il est résulté de là qu'on ne peut aujourd'hui parler d'une luxation de la cuisse sans se trouver face à face avec M. Malgaigne; c'est ce qui explique notre entrée en matière et l'opposition que nous avons placée sous les yeux de nos lecteurs.

Bien que le but principal de ce travail soit la description anatomo-pathologique d'une luxation récente en haut et en avant, nous demanderons la permission de rapprocher de ce fait deux autres cas de luxation sus-pubienne qu'il nous a été donné d'observer; cela nous permettra de soumettre à l'appréciation du public une

critique que nous a value, de la part de M. Malgaigne, la publication d'un de ces faits dans les *Archives de médecine.*

Obs. I. — *Luxation du fémur en haut et en avant, réduite par l'extension sur la cuisse fléchie.* (Archives de médecine.)

Nous ne donnerons ici que le résumé de cette observation, dont on trouvera les détails dans le journal que nous venons d'indiquer.

Le 5 août 1845, je reconnus sur un adulte une luxation du fémur en haut et en avant, aux symptômes suivants : décubitus horizontal en supination; membre inférieur droit plus court que le gauche de 3 centimètres environ, dans la rotation en dehors et reposant sur sa face externe; jambe légèrement fléchie sur la cuisse; la pointe du pied inclinée en bas et en dehors; région trochantérienne moins saillante que dans l'état normal. Un peu en dehors du milieu du pli de l'aine, tumeur appréciable par la vue, d'une forme arrondie, dure au toucher et bien évidemment constituée par la tête du fémur. Enfin, au-devant de la partie interne de la tumeur on sentait les pulsations de l'artère crurale.

*Procédé de réduction.* — Le blessé étant couché sur le dos, je saisis avec les deux mains la partie inférieure de la cuisse pendant que le bassin était fixé par deux aides; alors je relevai le genou en fléchissant la cuisse presque à angle droit sur le tronc, ce qui ne se fit pas sans un effort assez considérable; puis, m'aidant de mes deux jambes, dont l'une appuyait sur la face externe de la cuisse luxée tandis que l'autre pressait sur le côté interne de la jambe, j'imprimai au membre un mouvement de rotation en dedans, tout en continuant l'extension avec toute la force dont j'étais capable. Après une demi-minute à peu près, nous perçûmes le bruit sec dont s'accompagne ordinairement la rentrée brusque de la tête du fémur dans sa cavité.

Nous considérions, bien entendu, ce fait comme une luxation complète; nous disions que la tête reposait sur le pubis; enfin nous avions réduit par un procédé que M. Malgaigne déclarait impossible. Mais si nous étions en opposition avec lui, nous avions du moins observé à son égard les convenances les plus rigoureuses. Le savant professeur a-t-il fait de même envers nous. On va en juger par un échantillon de l'article dont M. Malgaigne nous honora dans son journal du mois de mars 1847 :

« Nous disions, dans les *Archives*, que nous avions peine à croire que la tête sphérique et lisse du fémur pût rester à cheval sur le rebord de la cavité cotyloïde.

» Nous ajoutions que, quand même la tête serait sur le bord, elle ne toucherait plus la surface diarthrodiale de la cavité, et que dès lors, puisqu'il n'y avait plus contact entre les surfaces articulaires, on devrait y voir une luxation complète. »

Au fond, la critique de M. Malgaigne se résumait à dire que mon observation était un exemple de luxation incomplète, parce que :

1° *La cuisse était sur le côté externe ;*

2° *Le procédé de flexion avait réussi.*

On nous engageait, de plus, à vérifier sur le cadavre la légitimité de ces deux assertions.

Eh bien ! nous avons à offrir à M. Malgaigne quelque chose de mieux que la vérification sur le cadavre ; c'est l'examen de notre pièce : il y *verra qu'avec un déplacement où la tête est à* 18 *à* 20$^{mm}$. *au delà du bord du cotyle il y a rotation en dehors du fémur, et que la cuisse repose sur le côté externe.*

Que M. Malgaigne nous permette donc de lui appliquer l'une de ses phrases, en lui faisant remarquer « combien est vaine et futile l'autorité des grands noms quand elle est en désaccord avec l'autorité des faits (1). »

Un second cas de luxation sus-pubienne s'est offert à nous à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de notre ami et collègue M. A. Guyot, chirurgien des hôpitaux et professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole secondaire de médecine.

Voici l'exposé de ce fait :

Obs. II. — *Luxation sus-pubienne du fémur compliquée d'une fracture de jambe avec plaie. Tentatives infructueuses de réduction au bout de deux mois.*

Le 27 avril 1850, Pierre André, âgé de vingt-cinq ans, garçon de ferme, conduisant une charrette médiocrement chargée, fit une chute par suite d'un faux pas et, avant qu'il eût le temps de se relever, l'une des roues lui passa sur la jambe gauche, puis sur la partie supérieure de la cuisse.

Le 28 on transporte le blessé à l'Hôtel-Dieu de Rennes, où l'on con-

(1) Mémoire sur les luxations coxo-fémorales en haut et en avant (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1847).

connaître que cette tumeur est dure, arrondie, et qu'elle suit les mouvements imprimés au fémur. La cuisse, le genou et la jambe sont dans la rotation en dehors; la pointe du pied est tournée en dehors : en un mot, le membre repose sur la table par sa face externe.

La cuisse, dans une légère abduction, est un peu fléchie sur le tronc, la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse.

Le membre pelvien du côté opposé est dans la rectitude, et appuie sur la table par sa face postérieure.

Du côté luxé, la région trochantérienne présente un vide très notable; on ne peut plus reconnaître au toucher la saillie du grand trochanter.

*Mensurations.* — Les deux membres étant placés dans la même attitude, un lien portant les divisions du mètre fut tendu entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la base de la rotule, alternativement du côté luxé et du côté sain : le résultat fut pour le membre luxé 42 centimètres, et pour le membre sain 43 : un centimètre de raccourcissement.

Les parties qu'il importait de conserver étant séparées du cadavre, nous commençâmes quelques heures plus tard la dissection, dont nous allons consigner ici la relation.

Après avoir mis à découvert les ganglions lymphatiques de l'aine, l'arcade crurale, la partie supérieure de la saphène et l'anneau inguinal, la paroi antérieure de l'infundibulum crural fut divisée pour isoler l'artère et la veine de ce nom; le pectiné, le psoas et le nerf crural furent ensuite disséqués avec soin; après quoi nous examinâmes la situation de la tête du fémur dont une portion apparaissait à nu immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, au côté *interne* de la veine fémorale et en dehors du pectiné.

L'artère et la veine crurales passent sur le milieu de la tête du fémur. Ces vaisseaux étant renversés de bas en haut, au-devant du ligament de Fallope, on découvre la tête du fémur, dont le tiers externe est encore masqué par un lambeau de la capsule articulaire. Vers le centre apparaît la dépression destinée à donner attache au ligament rond. Cette dépression regarde en avant et un peu en dedans. Une portion du ligament rond, longue de 25 millimètres, est restée attachée à la tête osseuse; son extrémité libre est inégale et frangée.

Le ligament de Fallope, soulevé par la tête du fémur, décrit à son niveau une légère courbe à concavité inférieure; un espace de 12 millimètres le sépare du centre de la portion de sphère articulaire qui regarde en avant (le sujet étant supposé dans la position verticale.)

De ce même point central : 1° à l'épine iliaque antéro-supérieure, la

le bassin, et que l'on exerce *sur le même os une traction dirigée dans le sens de l'axe du membre, on voit la boutonnière qui embrasse le col exercer sur celui-ci une pression plus forte, et produire une sorte d'étranglement.* En même temps le grand trochanter s'enfonce dans le cotyle, et arc-boute contre la partie inférieure du rebord de cette cavité. Ces faits ne devront pas être oubliés dans l'appréciation du mode de réduction qui doit être préféré.

La portion de la capsule fixée à la demi-circonférence postérieure de la cavité cotyloïde n'a subi aucune déchirure, mais elle est refoulée par le grand trochanter, qui se trouve ainsi séparé de l'intérieur de l'articulation. Entre la partie postérieure du grand trochanter et la capsule se trouvent les tendons des muscles pyramidal, obturateur interne et jumeaux. Un commencement de travail adhésif existe entre ces tendons et le ligament orbiculaire.

*Muscles trochantériens.* — L'obturateur externe est infiltré de sang; ce muscle est manifestement relâché. Le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux m'ont paru allongés. Le premier contenait dans son épaisseur plusieurs épanchements de sang. La flexion du fémur augmente l'allongement de ces derniers muscles, ainsi que celui des fessiers.

Reprenons maintenant les propositions que nous avons émises en tête de ce travail, et montrons qu'elles sont justifiées par nos observations, appuyées sur l'examen cadavérique du fait récent que nous avons rencontré.

1° Les luxations complètes en haut et en avant s'accompagnent bien des symptômes de la luxation classique; s'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels.

Pour apprécier cette proposition, il importe de jeter un coup d'œil sur les assertions émises par M. Malgaigne touchant les luxations coxo-fémorales.

En 1836, ce chirurgien adressait à l'Académie de médecine une lettre dont nous extrairons les passages suivants : « Dans l'état actuel de la science, on n'admet que des luxations complètes du fémur sur l'os iliaque. Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles. Sir A. Cooper n'en dit pas un seul mot, et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions, dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an que, dans un concours public au Bureau central et dans une composition écrite, j'avais avancé que les luxations incomplètes

étaient plus fréquentes peut-être que les complètes. Un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin; *je suis aujourd'hui fermement convaincu que toutes les luxations primitives du fémur produites par une violence extérieure sont incomplètes.* »

Après cette phrase si positive, on peut s'étonner de lire plus loin : « Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes, mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie. »

Quelques semaines plus tard M. Goyrand ayant adressé à la *Gazette médicale* une observation de luxation du fémur en haut et en avant, M. Malgaigne y ajouta quelques remarques, et disait entre autres choses : « Si tous ceux qui ont publié des faits de ce genre y avaient mis l'exactitude de cet habile observateur, on ne serait pas venu jusqu'ici donner comme une luxation complète un déplacement qui ne raccourcit le membre que de quelques lignes. *La tête du fémur a plus d'un pouce et demi en hauteur, et, en sortant de sa cavité, elle entraînerait un raccourcissement énorme*, qui, pour les luxations en haut et en avant, n'a jamais été observé (1). Il y a plus, c'est que pour cette luxation en particulier on peut constater sur le cadavre un phénomène qui ne se rencontre pas pour les autres. La luxation complète est ici rigoureusement possible sans déchirure complète de la capsule, mais alors la saillie *n'est plus au pli de l'aine, le raccourcissement est énorme, la rotation en dehors n'existe plus, et le membre est porté dans l'abduction.*

Au mois d'août 1847 M. Malgaigne écrivait dans son journal : « Ainsi donc, je professe aujourd'hui que ces luxations primitives complètes du fémur, que j'admettais seulement comme possibles en 1836, existent réellement, et j'espère en donner des observations incontestables. Mais, comme on le verra déjà dans ce Mémoire, elles sont singulièrement rares, en comparaison des autres, et *elles présentent des symptômes tout différents.* »

Dans le même mémoire, au mois de novembre 1847, M. Malgaigne ajoutait, en faisant allusion à Boyer : « Il n'y avait pas alors, on ne connaît pas même encore aujourd'hui d'autopsie de ces luxations (en haut et en avant) à l'état récent. »

---

(1) Nous espérons prouver plus loin que cette objection n'est pas fondée.

M. Blot donne lecture d'un travail intitulé : *De l'arthrite suppurée, de sa guérison possible avec conservation du mouvement.* (Commission : MM. Monod, Broca et Chassaignac, rapporteur.)

**Tumeur cancéreuse ayant envahi le sinus maxillaire gauche, la fosse nasale du même côté et l'orbite. Destruction complète du nerf sous-orbitaire avec persistance de la sensibilité.**

M. Gerdy donne un résumé de l'observation dont nous venons de donner le titre. Cette observation et un rapport de M. Houël sur l'examen anatomo-pathologique de la lésion, n'ayant pas été encore approuvés par la Société, seront insérés dans un prochain compte-rendu.

**De la direction à donner aux incisions dans les opérations pratiquées sur la face.**

M. Gerdy présente le masque moulé sur nature d'une jeune femme sur laquelle il a pratiqué l'ablation d'une tumeur du sinus maxillaire. Pour rendre les traces de la cicatrice moins apparentes, le chirurgien a suivi autant que possible les sillons naturels.

Ainsi, l'incision longeant le côté du nez contourne la base de la narine et vient horizontalement jusqu'à la sous-cloison pour redevenir ensuite verticale, et suivre le sillon médian de la lèvre supérieure jusqu'au bord libre.

Cette longue incision ne laisse aucune trace sur le masque présenté par M. Gerdy. On remarque seulement une légère encoche au niveau du bord libre.

**Anatomie pathologique.**

M. Guersant présente une pièce anatomique trouvée chez un jeune garçon de huit ans ; c'est une énorme tumeur d'un tissu anormal, peut-être cancéreux, qui entoure de toutes parts le col de la vessie. On observe de plus un allongement considérable du col, et dans l'intérieur de cette partie des végétations polypeuses également de tissu anormal offrant moins de consistance que la tumeur principale ; il existe en outre une altération profonde des deux reins, augmentation de volume, ramollissement splénique de la couche corticale, dilatation des calices tapissés de fausses membranes et remplis de pus ; enfin, tuméfaction et rougeur de la muqueuse vésicale avec urine purulente.

Pendant la vie de l'enfant, ces altérations ne donnèrent d'autres symptômes qu'une rétention d'urine *datant de six mois*, avec tumeur

enfants, des hydrocéphales présentant ce degré de développement, dit que dans des cas analogues il n'a jamais vu de guérison, quel que soit, du reste, le traitement mis en usage. Il sera donc utile de suivre avec soin le malade de M. Chassaignac.

**Correspondance manuscrite.**

M. Camille Bernard adresse une lettre de remercîments pour le titre de membre correspondant qui lui a été accordé dans une dernière séance.

— M. le docteur J. Roux (de Toulon), membre correspondant, adresse à la Société, avec une pièce d'anatomie pathologique, la lettre suivante :

« Monsieur le président, j'adresse à la Société de chirurgie de Paris, dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant, le moignon d'un homme qui a subi, il y a deux ans et demi environ, l'amputation tibio-tarsienne, et qui accidentellement a succombé à une fièvre typhoïde.

» Vous le savez, monsieur le président, la désarticulation du pied en totalité a de nombreux partisans en Europe; elle a été pratiquée en France par MM. Baudens, Jobert (de Lamballe), Nélaton, Velpeau, Robert, Josse (d'Amiens) et par moi. Des procédés divers sont décrits dans les ouvrages didactiques; ils ont été exposés avec clarté à la Société que vous présidez par M. Gosselin. Enfin, les résultats avantageux de cette opération ont été publiés par les chirurgiens qui les ont obtenus, et quelquefois soumis à l'appréciation des sociétés savantes de la capitale.

» Ce qui manque pour achever l'histoire de cette opération nouvelle, que je considère comme un grand progrès dans les amputations, c'est de bien connaître et de préciser avec exactitude, par l'anatomie pathologique, les conditions qui assurent la station et la déambulation facile sur le moignon.

» Pour arriver à ce résultat si désirable, j'ai l'honneur de vous adresser la première pièce susceptible d'éclairer une aussi importante question; et c'est pour donner plus d'authenticité, de durée et d'autorité aux documents qu'elle doit apporter à la science que je vous prie de la confier à un des membres de la Société de chirurgie, pour qu'après l'avoir disséquée il veuille bien faire connaître et apprécier à votre assemblée les résultats de son examen. Ensuite, vous jugerez sans doute convenable de faire déposer au Musée Dupuytren cette pièce, unique dans son genre.

» D'un autre côté, cet envoi n'est pas sans opportunité, après le rapport qui a été fait à votre Société, dans la séance du 15 décembre

sorte, et dans le *magma* qui en résulta nous avons pu retrouver les deux petits nerfs dentaires déjà signalés ; ils étaient même devenus plus apparents ; mais il nous a été impossible de nouveau de retrouver trace du nerf sous-orbitaire, ni d'aucune autre ramification.

» D'après cet examen, votre commission s'est crue en droit de conclure que le nerf sous-orbitaire manquait dans la tumeur qui lui a été remise par M. le professeur Gerdy. »

M. Denonvilliers, après cette communication, demande à M. Houel si la dissection à laquelle il s'est livré lui permet d'affirmer que le nerf sous-orbitaire n'était pas resté, en partie du moins, en dehors de la tumeur.

Sur la réponse négative de M. Houel, M. Denonvilliers fait remarquer alors que ce fait de la persistance de la sensibilité aux parties qui reçoivent les ramifications du nerf sous-orbitaire ne saurait être considéré comme ayant, au point de vue de la physiologie, la valeur que M. Gerdy paraissait lui attribuer.

— M. Boinet donne lecture d'un rapport *sur un appareil à injections continues* de M. le docteur Foucault, de Nanterre.

M. le rapporteur, après avoir décrit l'appareil de M. Foucault, fait ressortir les avantages qui paraissent devoir lui acquérir le premier rang parmi les divers procédés d'irrigation continue usités jusqu'à ce jour, et il termine en ces termes :

« M. Foucault n'est pas un inconnu pour nous : déjà il vous a présenté une machine à extension très ingénieuse et très bien conçue pour la réduction des fractures et des luxations ; notre collègue M. Morel-Lavallée est chargé de vous en faire un rapport.

» D'un autre côté, M. le docteur Foucault, personnellement connu de plusieurs d'entre vous, est un praticien aussi modeste que distingué, qui sera heureux d'obtenir le titre de membre correspondant, qu'il sollicite et que votre commission propose de lui accorder. »

M. Huguier rappelle que dans l'historique des injections continues M. le rapporteur a oublié de mentionner M. J. Cloquet, qui des premiers en avait conseillé et propagé l'emploi.

M. J. Cloquet remercie M. Huguier de l'observation qu'il vient d'adresser à M. Boinet, et entre dans les détails suivants.

« En 1819, en 1820 et en 1821 je m'occupais du traitement des calculs urinaires ; j'avais espéré pouvoir les dissoudre en faisant parvenir dans la vessie un courant d'eau. C'est alors que je fis construire une sonde à double courant, et je pratiquai des injections continues qui purent être prolongées dans quelques cas pendant vingt-quatre heures.

*Séance du 16 février 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malade.**

M. Debout met sous les yeux de la Société le jeune blessé qu'il lui a présenté il y a quelques mois; il est actuellement complétement guéri des accidents névralgiques déterminés par la lésion du nerf sciatique. A cette époque, sous l'influence du retour de l'innervation des muscles placés sous la dépendance du poplité interne, le pied subissait un mouvement de déviation en dedans et d'enroulement qui tendait chaque jour à se prononcer davantage.

Quelle était, dit M. Debout, la conduite à tenir en cette circonstance ? Abandonner le blessé, c'était s'exposer à voir se développer chez lui un pied bot semblable à celui survenu chez un militaire atteint d'un biscaïen qui traversa la cuisse, et dont Delpech donne l'observation dans son *Orthomorphie* (t. I, p. 71). Tenter de rendre le mouvement aux muscles paralysés à l'aide de l'électrisation n'était pas possible, puisque c'est seulement après le sixième mois que l'innervation se rétablit au plus tôt dans les cas de lésion traumatique des nerfs. En attendant l'époque à laquelle l'électrisation pourrait intervenir avec chance de succès, M. Debout a fait porter à son malade des appareils semblables à ceux que l'on applique aux individus affectés de pied bot. Un premier appareil a eu pour but de redresser le pied ; puis, les surfaces articulaires rendues à leur forme normale, on a pu commencer l'emploi de l'électricité, et le jeune homme marche aujourd'hui toute la journée avec une bottine à laquelle est adapté un ressort remplissant l'office des muscles extenseurs paralysés.

Sous l'influence de l'action de l'électricité, employée depuis le 4 novembre, les muscles péroniers, jambier antérieur, extenseur commun des doigts, extenseur propre du gros orteil, qui étaient fortement atrophiés, ont repris rapidement leur volume normal; ainsi la jambe, qui le 4 novembre mesurait à la hauteur du mollet 25 centimètres, donnait 28 centimètres le 4 janvier. Depuis le volume de la masse musculaire n'a plus augmenté, mais la contractilité tonique paraît revenir; les doigts ont une meilleure attitude, la pointe du pied tombe moins, et le malade marche dans sa chambre le soir et le matin sans appareil.

Le but de M. Debout en présentant ce malade est d'appeler l'attention de ses collègues sur cette évolution progressive des phénomènes sur laquelle il a insisté dans son mémoire : retour successif de la nutrition, de la tonicité, des mouvements volontaires, enfin de l'irritabilité musculaire. Ce malade n'a encore bénéficié que des deux premiers résultats, mais leur manifestation est un signe certain du retour des autres et de la guérison complète du malade. M. Debout soumet successivement tous les muscles malades à l'action d'un courant très énergique, afin de faire constater la perte de la contractilité électrique, qui a été donnée dans ces derniers temps comme un signe caractéristique des paralysies dues à la lésion traumatique des troncs nerveux.

M. Huguier, qui a donné les premiers soins au malade, reconnaît les bénéfices obtenus par le traitement appliqué par M. Debout, quant à la névralgie, qui est en effet disparue.

Mais, quant à la déviation, elle ne méritait pas le nom de pied bot ; c'était une simple déviation en dedans. A ce point de vue, le traitement n'a pas été suivi d'un grand succès, car sur le malade on retrouve encore la déviation presque aussi marquée.

M. Robert ne pense pas, quant à présent du moins, que le fait signalé par M. Debout puisse être considéré comme de grande valeur. Il faudra le suivre ultérieurement pour apprécier ce qu'il peut offrir de véritablement intéressant au point de vue de la disparition de la paralysie.

**Correspondance imprimée.**

La Société reçoit deux opuscules imprimés intitulés :

*Das chirurgische und augenkranken-clinicum der Universität*, Erlangen ; vom. I ; october 1851, bis zum 15 september.

Von Dr F. Heyfelder, professor der medicin und director des universitäts-krankenhauses, sowie der chirurgischen klinik.

Le second opuscule porte les dates : October 1850, bis zum 30 september 1851.

M. Broca entre dans les détails suivants sur les principaux faits contenus dans ces opuscules :

Parmi les cas les plus curieux, on remarque les suivants :

1° Extirpation de la rotule pour une carie de cet os sur un garçon de dix-sept ans. Aucun accident, mais la plaie ne se referme pas, et trois mois après l'opération on reconnaît que le fémur et le tibia sont atteints de carie. Amputation de la cuisse ; guérison complète en un mois.

**Correspondance manuscrite.**

M. Hervez de Chégoin adresse à la Société une lettre pour sollici le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature M. H vez présente un travail manuscrit sur les maladies des seins.

M. Hervez de Chégoin, qui est encore malade, m'a chargé, M. Michon, de vous transmettre ses titres. Dans une prochaine séan je donnerai un extrait du mémoire très volumineux que vous adre notre honorable confrère, qui désire vivement faire partie de la Soci de chirurgie.

M. Larrey rappelle que par de nombreux travaux publiés d M. Hervez de Chégoin a montré qu'il n'avait jamais cessé de s'occup de chirurgie.

—M. Robert fait une communication officieuse relative à une affai qui avait précédemment occupé la Société. Il est décidé, après discu sion, qu'il ne sera pas fait mention de cet incident dans le procè verbal.

**Réclamation.**

M. Gerdy adresse une réclamation relative à la communication rapport de MM. Gosselin et Houel, sur l'examen d'une tumeur dév loppée dans le maxillaire supérieur.

M. Denonvilliers ayant demandé à M. Houel s'il était certain que nerf sous-orbitaire, qui manquait en effet dans la tumeur, n'était p resté sur le squelette de la face, il fut répondu que l'on ne saurait l'a firmer. M. Gerdy fait remarquer combien cette hypothèse de la conservation du nerf était impossible, puisque la totalité du plancher l'orbite avait été détruite par la tumeur elle-même.

**Communication.**

M. Debout, à la suite de la lecture du procès-verbal, fait la com munication suivante :

*Difformité de l'épaule due à la déviation de l'omoplate par contractur des muscles rhomboïde et angulaire.*

M. Debout, afin de compléter l'enseignement qui ressort de l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, présent quelques considérations sur l'action de l'électricité ; il montre que pour avoir prise sur les phénomènes morbides qui se traduisent pa l'atrophie musculaire et la perte de la tonicité des muscles, l'agen

des muscles rhomboïde et angulaire. Le diagnostic a été porté par deux praticiens éminents, MM. Rayer et Gendrin.

La paralysie du grand dentelé et le torticolis postérieur sont deux affections qui présentent des caractères complétement opposés. Ainsi dans les cas de contraction du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate, la difformité apparaît dans le repos du membre pour disparaître pendant l'élévation du bras, tandis que dans la paralysie du grand dentelé la difformité dans l'attitude de l'omoplate disparaît presque pendant le repos, pour se montrer à son maximum de développement alors que le mouvement du membre a lieu. Ces deux phénomènes si tranchés ne sont pas les seuls. La position de l'os dans la paralysie du grand dentelé est toute différente; elle consiste en un mouvement de torsion sur son axe, tandis que dans le torticolis postérieur c'est un mouvement de rotation que l'omoplate subit.

M. Robert ne comprend pas comment les muscles peuvent perdre seulement leur contractilité tonique; c'est que les fonctions se localisent plus qu'on ne le pense; et, si notre collègue avait voulu prendre la peine de lire l'article que j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* sur cette difformité de l'épaule, il aurait vu les idées que j'ai émises à l'égard de l'évolution de cette maladie. J'ai montré que la déformation de l'épaule constituée par cette espèce de torticolis présente dans son évolution deux périodes distinctes :

1° Dans la première, la déviation du squelette est la conséquence de la contracture musculaire, et les moyens thérapeutiques doivent être dirigés contre l'élément morbide, spasme;

2° Dans la seconde, l'affection, au point de vue de l'intervention de l'art, ne réside plus que dans la perte de la tonicité des muscles antagonistes.

J'en viens de fournir la preuve en signalant les deux observations des malades de MM. Marjolin et Guersant; dans ces deux cas, on a vu la difformité disparaître dès que la propriété vitale du muscle a été ramenée à son type normal. Cette action spéciale de l'électricité, de pouvoir ramener la contractilité tonique lorsqu'on l'emploie avec des intermittences très rapides, m'a paru digne d'être signalée à la Société; dans le cas de difformité qui nous occupe, elle constitue un moyen prompt et efficace contre une affection dont le traitement n'a pas encore été formulé.

— M. Jarjavay donne l'analyse suivante d'une observation relative à un malade que l'on croyait atteint d'une paralysie du muscle grand dentelé:

Au mois d'octobre dernier, j'ai observé à l'hôpital de la Charité un

tête, du cou et des membres supérieurs; il est représenté par une masse ovoïde formée par la réunion du thorax et de l'abdomen, terminée par deux membres inférieurs. Un changement aussi grand dans la forme normale du corps du fœtus devait sans doute être suivi de modifications profondes, soit dans la forme, soit encore dans les dispositions des organes principaux. M. Ehrmann en donne une description bien faite, rendue plus compréhensible par le moyen de quelques figures; il décrit avec soin l'état du système osseux, des systèmes circulatoire et digestif.

Le squelette est constitué par un thorax incomplet privé de son sternum, par la colonne lombaire réunie au bassin et par les appendices inférieurs; s'il fallait s'en rapporter aux planches qui représentent ces diverses modifications, on pourrait croire que le tissu osseux a été aussi modifié dans sa structure. Le système vasculaire présente de très grandes modifications dans sa forme et dans sa disposition: l'organe central de la circulation manque; il est remplacé par un vaisseau qui, dans la poitrine, décrit une courbe analogue à la courbure aortique; elle continue d'un côté avec l'aorte descendante, et de l'autre côté avec la veine ombilicale. De cette espèce d'arcade aortique part un vaisseau représentant l'aorte ascendante.

Le système digestif est réduit à un tube commençant à l'anneau ombilical et y formant un renflement ampoulaire se terminant à l'anus après avoir décrit quelques sinuosités peu étendues.

Le second fœtus dont il est question dans ce fascicule se classe parmi les monopodes seriniformes, c'est-à-dire un fœtus dont les deux membres inférieurs sont réunis entre eux et terminés par un pied double. M. Ehrmann donne également la description du squelette et des organes générateurs internes.

La description anatomique de chacun de ces fœtus est suivie de remarques sur quelques-unes des causes génératrices de ces monstruosités. Après avoir rappelé quelques-unes des idées ayant cours parmi les tératologistes, à savoir: l'arrêt de développement produit, soit par l'insuffisance des vaisseaux qui se rendent dans les organes d'après Tiedmann, ou bien par un simple arrêt dans l'évolution des diverses parties de l'organisme, théorie vulgarisée et savamment développée par M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, M. Ehrmann adopte cette dernière.

Quelque imposante que soit l'autorité du professeur de Strasbourg, on ne peut pas aujourd'hui adopter son opinion. En effet, depuis les recherches de Delpech et Dubreuil, celles de Montgomery confirmées par Simpson, on ne peut pas expliquer par la loi des arrêts de développement l'absence de certains organes dont la disparition est le

résultat d'une maladie développée dans le sein de la mère. Les monstruosités du genre de celles décrites dans le mémoire du savant professeur Ehrmann confirment particulièrement les résultats obtenus par les observateurs que nous venons de citer. Sans doute, nous sommes bien loin de l'époque où Rueff, pour expliquer ces monstruosités, se demandait (1580) *an homines ex dæmonibus et rursus dæmones ex hominibus infantes concipere possunt.* Mais c'est pour cela aussi qu'il ne faut pas faire intervenir des théories en désaccord avec les résultats obtenus par les progrès de la science ; les recherches incessantes de l'embryogénie et l'étude des maladies qui attaquent le fœtus dans le sein de la mère en donnent une explication plus précise, et obligent à mettre à l'écart les brillantes hypothèses qui, il faut en convenir, ont un moment poussé la science dans une direction nouvelle et l'ont enrichie de précieux matériaux.

Le deuxième fascicule du Musée anatomique dont nous allons vous rendre compte est consacré en totalité à un *mémoire sur les polypes du larynx.* Ce travail, aussi complet que possible et d'une importance pratique incontestable, renferme la plus grande partie des faits épars dans les collections scientifiques ; c'est une véritable monographie illustrée par des dessins représentant quelques-unes de ces productions morbides.

L'histoire des polypes du larynx se trouve presque en entier dans le savant mémoire du professeur de Strasbourg. Quelques-uns des matériaux qui entrent dans la composition de ce travail ont déjà été publiés : ainsi, en 1842, M. Ehrmann fils, s'inspirant des conseils de son père, consacra sa thèse inaugurale à l'étude de cette question ; en 1843, le professeur Ehrmann publiait dans le premier fascicule du *Musée anatomique* des considérations importantes sur ce sujet ; en 1844, le même auteur publiait encore, soit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, soit dans les *Comptes-rendus de l'Académie des sciences de Paris*, une observation remarquable et unique dans les annales de l'art. On peut avec raison considérer l'histoire des polypes du larynx publiée aujourd'hui comme la seconde édition de ses premiers travaux.

Le travail dont nous allons vous donner une courte analyse se divise en deux grandes parties : une première consacrée à l'histoire particulière des polypes, et une seconde à leur histoire générale ou dogmatique.

Dans la première partie, l'auteur a rassemblé trente et une observations de polype du larynx chez l'homme, et quelques faits du même genre empruntés à la médecine vétérinaire.

professeur Ehrmann, sont insidieux et obscurs. Un exemple récent, publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* du 24 janvier de cette année, en est une preuve évidente. C'est pour cela qu'il est indispensable de ne négliger aucun moyen d'investigation, afin d'arriver s'il y a lieu à un diagnostic précis.

Le second chapitre de la deuxième partie du mémoire traite de l'anatomie pathologique. M. Ehrmann y étudie la structure des polypes; il les divise en deux espèces : les uns formés par une hypertrophie du tissu cellulaire sous-posé au derme laryngien, et les autres produits également par une hypertrophie des divers éléments qui entrent dans la composition de la membrane muqueuse du larynx.

Le dernier chapitre du mémoire est consacré à l'examen de la laryngotomie, pratiquée soit pour soustraire le malade aux accidents de suffocation, soit encore comme méthode préparatoire dans le but de faciliter l'ablation des polypes laryngiens.

Dans ce double but M. Ehrmann conseille l'opération de la laryngotomie, mais il engage le chirurgien à ne procéder à l'ablation des tumeurs laryngiennes qu'après avoir laissé reposer l'opéré pendant quelque temps. Ainsi remédier à la suffocation en faisant de suite la laryngotomie, laisser reposer le malade quarante-huit heures, et procéder ensuite à l'ablation des tumeurs, causes des accidents; faire en un mot une opération à deux temps, telle est la pratique conseillée par M. Ehrmann. Ce professeur est tellement convaincu de l'excellence de cette méthode, qu'il lui attribue en grande partie le beau succès qu'il a obtenu. Cette manière de procéder est en effet conforme à toutes les règles d'une saine pratique, et nous ne voyons aucune objection sérieuse à lui opposer.

Je viens, messieurs, de vous exposer un court résumé des matières traitées dans les deux fascicules du *Musée anatomique* de la Faculté de Strasbourg.

Votre commission croit qu'il serait inutile d'insister, même un instant, sur les titres scientifiques de M. Ehrmann; elle a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Ehrmann, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

A la suite de ce rapport M. Erhmann est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

**Lectures.**

M. Broca termine la lecture de son mémoire sur les luxations médiotarsiennes.

**Correspondance manuscrite.**

M. Ehrmann, nommé dans la dernière séance membre correspondant, adresse à la Société une lettre de remercîments.

— MM. Verneuil, Follin, Broca, Houel, Morel-Lavallée, Désormeaux, Demarquay, candidats à l'agrégation, demandent l'autorisation de ne pas assister aux séances de la Société pendant la durée du concours.

**Correspondance imprimée.**

La Société reçoit le numéro de mars 1853 de l'*Association medical journal*, n° 9.

A la suite de la correspondance, M. Laborie donne lecture des conclusions suivantes du travail de M. Michel, de Strasbourg, sur les tumeurs homologues et hétérologues :

1° La distinction des tumeurs en homologues et hétérologues n'est pas fondée, puisqu'il est possible de ramener la composition histologique d'une tumeur quelconque aux éléments normaux de l'organisme pris aux différents âges de leur évolution.

2° La cellule spécifique du cancer n'existe pas. Le mot de cancer ne peut et ne doit être qu'une expression purement pathologique s'appliquant à tout tissu de l'organisme apte à former des tumeurs susceptibles de s'accroître, de s'étendre, de récidiver sur place ou ailleurs, de se généraliser et de déterminer une cachexie spéciale, et enfin la mort.

3° D'après nos recherches nous ne pouvons admettre aujourd'hui que quatre espèces de cancer. (Je ne prétends pas dire que ce nombre n'augmente pas.) Ces quatre espèces de cancer sont :

A. La forme épithéliale, c'est-à-dire celle caractérisée par des éléments semblables à ceux de l'épithélium.

B. La forme fibro-plastique. Sous ce titre je rassemble toutes les variétés suivantes du tissu fibreux : cellule fibro-plastique, tissu conjonctif, tissu musculaire de la vie organique (je laisse le tissu musculaire de la vie animale, que je n'ai pas encore rencontré), enfin le tissu élastique, dont j'ai cité des exemples.

C. La forme cartilagineuse, composée de cellules analogues à celles du cartilage.

D. La forme analogue à celle des cellules composant le tissu médullaire de l'os du fœtus.

4° Au point de vue de l'histologie générale l'unité cancéreuse est fausse. Si cette expression a une réalité, c'est dans cette propriété vi-

différentiel entre ces deux affections, qui se distinguent l'une de l'autre par des différences cliniques très importantes, ainsi qu'on le verra plus tard.)

L'incision faite ayant été lavée à plusieurs reprises au moyen d'une éponge imbibée d'eau tiède, il nous a été possible de reconnaître que le pus demi-concret siégeait dans le tissu cellulaire qui double la peau, tandis que le pus mélangé provenait exclusivement de dessous l'aponévrose qui avait été largement débridée. Le pus a fusé dans la gaîne des vaisseaux ; on en rencontre aussi dans les anfractuosités qui correspondent au côté externe de l'articulation du pied. Nous remarquons chez ce petit malade, à la face interne de la lèvre inférieure et du côté droit, deux taches blanches ayant l'aspect du muguet ou de la stomatite couenneuse. Du reste, point de ganglions engorgés.

Le 2 décembre, nouvelle incision à la partie moyenne et interne de la jambe. Aspect verdâtre du tissu cellulaire et aponévrotique. Pus sous l'aponévrose. — Douches abondantes ; cataplasmes.

Le 3, malgré l'application des cataplasmes, peut-être même à cause de leur présence et de leur poids, il y a eu rétention de pus; la jambe est tendue, douloureuse. Nouvelle incision à un décimètre au-dessus de la malléole interne. L'incision communique par-dessous l'aponévrose avec celle qui a été faite sur cette malléole. Les deux incisions donnent issue à une quantité assez considérable de pus jaune-verdâtre bien lié.

Le 4, délire dans la nuit; fièvre intense hier dans la soirée. Ce matin, pas de trace de ces accidents; langue nette ; pouls à 80. A la jambe, le pus qui avait manifesté sa présence, d'abord à la partie inférieure, semble s'être propagé vers des points de plus en plus élevés. Nouvelle incision à la partie supérieure du tibia, qui, exploré au moment même, se trouve dénudé et rend un son très sec.

Le 5, une incision limitative est faite à la partie supérieure et externe de la jambe ; elle n'arrive que dans un tissu cellulaire simplement infiltré. L'état général n'a présenté aucun trouble depuis hier ; langue nette; pouls presque normal ; sommeil.

Le 14, la jambe est toujours tuméfiée ; il s'est formé dans le genou un épanchement qui s'accroît avec lenteur, et que je considère comme purulent. Cependant il n'y a pas d'accidents généraux très prononcés, et le petit malade mange une portion.

Le 23, depuis plusieurs jours l'enfant a de la fièvre, un peu de toux, du dévoiement. La face est bouffie, la suppuration toujours abondante, l'épanchement articulaire à peine augmenté ; mais les tissus circon-

bas à la région centrale de l'os par des noyaux purulents distincts. En haut, la couche purulente partant du tissu spongieux perforait le cartilage épiphysaire par plusieurs petits canaux, dont l'un, plus considérable, se trouvait au voisinage de l'articulation péronéo-tibiale. A chacun de ces canaux répondaient dans l'épiphyse des noyaux d'infiltration purulente distincts les uns des autres. Et le sommet de ceux-ci répondait par nombre égal aux quatre trous signalés sur les cartilages des cavités glénoïdes du tibia. C'est au moyen de ces quatre ouvertures que l'infiltration purulente avait débouché dans l'articulation fémoro-tibiale.

*Suite de l'histoire du malade.* — A partir de l'amputation, les phénomènes observés chez le petit malade ont été d'une extrême simplicité. Pansé tous les huit jours par la méthode de l'occlusion, il offrit dès la première semaine la réunion primitive des quatre cinquièmes de la plaie d'amputation. Au bout de cinq semaines, il avait repris des forces, de l'embonpoint et de la gaieté. A la fin de la sixième semaine, cet enfant, qui n'avait point été vacciné, fut pris d'une variole confluente à laquelle il a succombé au bout de quinze jours, c'est-à-dire deux mois après l'amputation.

*Anatomie pathologique du jeune sujet et du moignon d'amputation.*

A l'autopsie, les désordres que nous apercevons sont les suivants :

Le larynx est tapissé par des pseudo-membranes tout à fait analogues à celles du croup, et qui couvrent les cordes vocales. Cette circonstance rend compte de la raucité que présentaient la voix et la toux pendant les derniers jours de la vie. Au niveau de l'angle rentrant formé par la rencontre des deux moitiés du cartilage thyroïde, la membrane muqueuse présente une sorte d'ulcération.

Le lobe inférieur du poumon droit est à l'état d'hépatisation grise. Le lobe inférieur du poumon gauche est notablement congestionné.

Le foie et la rate ont leur aspect à peu près normal. Absence complète d'abcès métastatiques. Il en est de même des reins.

*Examen du moignon.* — La cicatrice terminale n'est interrompue dans sa continuité par aucun trajet fistuleux; elle est solide, peu étendue. Une dissection attentive des parties constituantes du moignon nous montre l'artère crurale oblitérée dans une longueur de 4 centimètres par un caillot fibrineux qui remonte jusqu'à la première collatérale, laquelle est une petite branche musculaire qui s'enfonce dans le triceps.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est sans contredit l'extrémité de l'os, dont la cavité centrale est complétement oblitérée par

une espèce de bouchon faisant relief à l'extrémité de l'os et présentant dans toute son épaisseur des sels calcaires que la section au moyen des instruments tranchants fait facilement reconnaître. Le tampon a ceci de curieux, qu'il donne naissance à un cordon fibreux qui va s'implanter dans la cicatrice, de telle sorte que l'os présente ici la disposition habituellement réservée, dans les moignons des amputés, aux cordons nerveux, qui, après s'être renflés considérablement, vont s'implanter au moyen d'un appendice fibreux dans le tissu cicatriciel. Un petit séquestre annulaire entoure l'extrémité de l'os au niveau de la section et immédiatement au-dessus du séquestre. Ce périoste enflammé paraît avoir sécrété de la matière osseuse qui augmente considérablement l'épaisseur de la couche compacte.

M. Roux a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Chassaignac, et cependant il se demande, après avoir suivi les développements donnés à l'histoire du malade dont il s'agit, si vraiment on est en droit de généraliser les dispositions anatomiques observées ; ces désordres, fort bien décrits par M. Chassaignac, doivent-ils être considérés comme appartenant à l'ostéo-myélite? Ne sont-ils que des phénomènes passagers et sur lesquels on ne saurait édifier une histoire nouvelle des affections des os?

Le malade paraît à M. Roux avoir présenté des accidents qui sont propres à l'inflammation du périoste. L'âge du malade, la marche de l'affection, le siége qu'elle a choisi, sont autant de circonstances qui semblent devoir faire admettre cette opinion. Quand la périostite survient chez de jeunes sujets affectant presque spécialement les membres inférieurs, elle s'accompagne, comme dans ce cas, d'accidents inflammatoires phlegmoneux de tout le membre. La peau est tendue, luisante, douloureuse, chaude, il se forme des abcès, et quand on les ouvre on trouve l'os dénudé.

Quelquefois ces accidents graves guérissent bien, et l'os se recouvre sans qu'il y ait eu d'exfoliation sensible.

En résumé, dit en terminant M. Roux, je suis porté à admettre que dans ce cas le malade était bien réellement atteint de périostite. La périostite a été l'affection primitive. Comment s'est ensuite développée l'ostéo-myélite? C'est un point qui reste douteux.

M. Chassaignac répond en ces termes :

Les remarques d'ailleurs si judicieuses de notre illustre maître M. le professeur Roux me prouvent que nos études sur la distinction clinique de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique aigu sont plus avancées que nous ne le supposions. Nous dirons donc que ces deux affections ont des caractères différentiels parfaitement appréciables.

Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement. Dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite a ceci de particulier; qu'il se termine brusquement, offrant un rebord saillant et dur juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade. L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement de phlegmon diffus et de périostite. L'abcès sous-périostique aigu ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os, ni l'infiltration purulente générale du membre.

L'ostéo-myélite se propage d'un os à l'autre, et par une marche ascendante vers la racine des membres à travers les articulations qui deviennent purulentes. L'abcès sous-périostique aigu reste généralement borné à la section du membre dans laquelle il est apparu. S'il se manifeste sur d'autres points dans un même membre, ce n'est pas par voie de propagation directe et sans interruption, comme cela a lieu pour l'ostéo-myélite.

Nous aurons bientôt, du reste, l'occasion de revenir sur cette question importante, à l'occasion d'une jeune fille qui doit être présentée à la Société, et chez laquelle l'usage de douches abondantes rendues acidules par l'acide hydrochlorique en faible proportion a hâté la disparition de la nécrose consécutive aux abcès sous-périostiques aigus. C'est peut-être là le seul cas d'application de ces injections acidulées qui, employées contre des séquestres plus épais, ainsi que cela paraît avoir été fait par Delpech, n'ont alors presque aucune chance d'efficacité. *Le vice-secrétaire*, E. Laborie.

*Séance du 19 mars 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

PRÉSENTATION DE MALADE.

**Tumeur érectile veineuse traitée par la vaccination.**

M. Chassaignac montre à la Société une jeune enfant qui présente sur la partie inférieure et latérale droite de la poitrine une tumeur veineuse offrant le volume et la forme d'une moitié d'œuf de poule. Une vingtaine de boutons de vaccine ont été inoculés sur tout le pourtour de la tumeur; ils sont actuellement en pleine suppuration. Il a été impossible de faire les inoculations sur la tumeur même, en raison de l'écoulement sanguin que déterminaient les ponctions avec la lancette.

jambe ou la cuisse. Les muscles de l'abdomen se contractent volontairement. Depuis les orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, le malade n'apprécie nullement le toucher simple, les piqûres légères ou profondes ou les changements de température. A partir du tiers supérieur de la cuisse la sensibilité reparaît, mais elle est obtuse.

L'insensibilité de la jambe était telle, que lorsque l'aiguille à acupuncture, après avoir été assez fortement enfoncée, fut mise en contact avec l'appareil électrique de Breton, le malade dit qu'il n'éprouvait aucune douleur; seulement il prétendit qu'il sentait remuer ses orteils et ses pieds; il indiquait effectivement la direction des mouvements que les contractions musculaires imprimaient à la jambe sous l'influence de l'électricité. Comme on pouvait craindre une erreur, on banda les yeux du malade, et à plusieurs reprises le résultat fut le même. Pareillement, si l'on essayait avec la main de faire mouvoir le pied ou la jambe sans remuer la cuisse, le malade rendait parfaitement compte du mouvement imprimé.

La contractilité musculaire semblait normale; il suffisait de faibles doses d'électricité pour la développer; cependant il fallait une dose moins forte pour déterminer des contractions dans les membres supérieurs.

Pendant cet intervalle de temps le ventre fut tenu libre, des cataplasmes émollients furent appliqués sur la région lombaire, et une saignée de 5 palettes fut pratiquée.

Du 4 au 11 janvier, les symptômes allèrent toujours en s'aggravant. A cette époque, on remarque que le malade n'apprécie plus les mouvements qu'on imprime aux pieds ou aux jambes; la contractilité musculaire est sensiblement diminuée; et même, lorsque le courant électrique est dirigé sur le trajet d'un cordon nerveux au moyen de l'électro-puncture, on ne peut plus faire mouvoir les membres. On n'obtient que des contractions fibrillaires, quelle que soit l'intensité du courant.

Du 11 au 27 janvier, l'état devint encore plus alarmant; l'appétit disparut, la soif était vive. Malgré la précaution de le sonder plusieurs fois par jour, le malade ne pouvait plus conserver ses urines; les selles étaient involontaires, et de larges eschares se formèrent au sacrum.

Dans les derniers jours qui précédèrent sa mort, arrivée le 8 février, le malade avait la respiration très gênée; il était tourmenté par des nausées et des vomissements. L'intelligence fut conservée jusqu'aux derniers instants.

*Autopsie.* — Après avoir enlevé les parties molles qui recouvrent la

opérer aucun cancer), le chirurgien devra se déterminer d'après le volume, la circonscription de la tumeur, son degré de mobilité ou d'adhérence, ses connexions, son isolement ou sa coïncidence avec d'autres tumeurs, sa marche plus ou moins rapide, les troubles qu'elle apporte ou peut apporter ultérieurement dans l'exercice des fonctions, et enfin l'état général de la constitution.

J'ajouterai que les ponctions exploratrices doivent être sobrement employées, parce qu'elles ne sont pas exemptes de dangers; elles peuvent amener des érysipèles, des inflammations phlegmoneuses au sein de la tumeur; elles peuvent hâter la dégénérescence de celles dont la nature est maligne. Enfin des accidents singuliers peuvent s'ensuivre, ainsi que le prouve le fait suivant.

Il y a une dizaine d'années environ, un jeune homme ayant les apparences d'une bonne santé me consulta pour une tumeur assez volumineuse qu'il portait dans la bourse droite; comme il existait de la transparence à la partie antérieure, je crus devoir la vider à l'aide d'un trocart explorateur, afin de pouvoir mieux étudier ensuite l'état du testicule. Un quart d'heure ne s'était pas écoulé depuis cette ponction, que le malade accusa une douleur atroce dans le ventre; il fut pris des symptômes d'une péritonite sur-aiguë, et succomba en douze heures. Etonné autant qu'effrayé d'un fait aussi étrange, je fis l'ouverture, et je trouvai que la tumeur du testicule était un sarcocèle complétement ramolli, n'ayant aucune connexion directe ou indirecte avec l'abdomen. La cavité du péritoine était remplie par du sang et un détritus encéphaloïde. En cherchant, je trouvai derrière le lobe droit du foie une tumeur du volume d'une orange, formée de matière encéphaloïde, également ramollie et sous-jacente au péritoine. Cette tumeur s'était sans doute rompue sous l'influence du léger spasme produit par l'opération, et avait donné lieu à une péritonite.

M. Marjolin. Je suis très heureux de voir, dans cette circonstance, notre honorable collègue M. Robert venir appuyer de son expérience ce que j'ai dit sur la valeur et l'opportunité des ponctions exploratrices; mais ce serait grandement se méprendre que de vouloir me faire dire que je regarde ce moyen comme tout à fait inutile. J'ai dit, et je le répète encore, que, dans les cas où la symptomatologie ne nous fournit pas des éléments suffisants pour porter un diagnostic précis, il est quelquefois nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice pour prendre une détermination; mais il faut être très réservé sur ce genre d'investigation, car l'expérience nous démontre que si nous différons l'opération, ou si nous sommes obligés d'y renoncer par suite de la nature même de la maladie, il survient assez souvent des accidents

un cas d'anévrisme de l'artère brachiale, où l'on avait employé l'électro-puncture, un caillot du volume d'un œuf de pigeon fut obtenu en dix minutes; mais, comme il n'y avait pas eu une inflammation suffisante de la paroi artérielle, il s'est dissous, et M. Robert a dû recourir à la ligature.

M. Lallemand. On ne peut guère établir de comparaison entre les résultats obtenus par l'électro-puncture et ces derniers; dans le premier cas, comparativement, le caillot est lent à se former et il n'a pas autant de consistance. Là, au contraire, sa formation est rapide : il devient très promptement ferme, comme nous avons pu nous en convaincre en l'ouvrant. De plus, cette modification des parois de l'artère dont j'ai fait mention me paraît suffisamment expliquer pourquoi le caillot a pu résister à l'impulsion du cœur; j'ajouterai qu'en détachant les deux caillots par leurs extrémités j'ai trouvé des adhérences en forme de petites pellicules.

M. Debout. Le temps nécessaire pour obtenir des caillots par la galvano-puncture varie suivant la manière dont on agit. Ils se forment avec d'autant plus de rapidité que le courant électrique n'est pas interrompu.

M. Demarquay. Ayant fait dans ces dernières années des expériences de galvano-puncture qui m'avaient donné des résultats opposés à ceux de M. Debout, j'en parlai à M. Pouillet, qui me dit que, ce moyen présentant trop d'inconvénients et de difficultés dans son application, il était préférable de chercher si on n'arriverait pas au même résultat par l'emploi des sels de fer.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

*Séance du* 30 *mars* 1853.

**Présidence de M. Guersant.**

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Larrey demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour lire à la Société une observation digne du plus grand intérêt, et qui lui a été adressée par l'un de ses anciens élèves du Val-de-Grâce, M. Raoult Deslongchamps, le jour même où, par une singulière coïncidence, M. le professeur Lallemand venait de communiquer à la Société les résultats si remarquables des expériences de M. Pravaz sur la coagulation du sang à l'aide du perchlorure de fer.

côté droit sont engorgés, volumineux; l'aphonie presque complète; le fond de la gorge est douloureux; la déglutition des aliments très pénible d'abord, puis un peu moins difficile vers la fin du repas. La respiration se fait avec bruit; elle est fréquente, anxieuse; la toux offre un timbre métallique très prononcé; la pression exercée sur le conduit laryngé est très douloureuse. En examinant minutieusement l'intérieur du larynx, je m'aperçus que le cartilage cricoïde occupait une position tellement déclive qu'il ne pouvait pas s'élever de plus d'un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale, même dans les mouvements d'extension forcée du cou. Cette circonstance fut notée au point de vue de la possibilité d'une opération de trachéotomie. Le fait en lui-même resta inexpliqué.

L'affection avait débuté il y a trois mois; les accidents cessaient par intervalles irréguliers pour reparaître ensuite; le malade n'a jamais craché de sang; il tousse peu; la sonorité du thorax est normale, le bruit respiratoire complétement oblitéré par des râles qui lui donnent un caractère de rudesse très prononcé. Gérardet n'a jamais eu aucune affection syphilitique.

Le 8 mars, à la visite du matin, le malade est pris tout à coup d'accidents convulsifs et d'un accroissement de gêne respiratoire allant jusqu'à la suffocation. Je me transporte en toute hâte auprès de lui, et la trachéotomie est pratiquée sur-le-champ par le procédé dont je vous ai parlé en présence de MM. de Hubbenet et de M. le professeur Heyfelder.

Au moment de l'opération, qui fut exécutée très rapidement, le malade était plongé dans un état comateux qui n'a cessé que dans la soirée du même jour. Malgré l'abaissement considérable du cartilage cricoïde, je suis parvenu, au moyen de l'érigne cricoïdienne implantée d'emblée à travers la peau, à le remonter assez pour pouvoir diviser quatre anneaux de la trachée et placer la canule sans aucune difficulté.

La nuit suivante, les phénomènes d'asphyxie se reproduisirent, et le malade mourut le 9 mars à six heures du matin.

Le diagnostic qui avait été porté reposait sur l'idée d'un obstacle respiratoire siégeant au larynx, et cela à cause de l'aphonie que présentait le malade et de la douleur qu'on produisait par la pression sur cet organe. Rien n'avait fait soupçonner la véritable cause de mort reconnue à l'autopsie.

*Autopsie.* — On constate l'existence d'ulcérations occupant la membrane muqueuse des cordes vocales. Les bronches sont remplies d'une écume blanche et fine. La partie antérieure de la trachée, au niveau et un peu au-dessus de sa bifurcation, est masquée par une tumeur

fallut me rendre près de la malade pour l'opérer, ce que je n'aurais certes pas pu faire si l'opération eût présenté tant de difficultés. Je pratiquai la trachéotomie sans que j'eusse besoin de faire tendre sur les côtés les lèvres de la plaie. Je n'ignore pas que cette opération demande des précautions pour éviter les obstacles; mais quelle est l'opération qui n'en présente pas? Si les veines me gênent, je les fais détourner, au besoin même j'applique une ligature momentanée. A la différence de M. Chassaignac, ce que je m'efforce de faire, c'est d'inciser largement la trachée avec la pointe du bistouri; ce temps de l'opération est rapide; mais sitôt la trachée incisée, le sang cesse de couler. Je ne suis pas d'avis de faire préalablement une petite incision pour voir si on est dans la trachée; il y a un moment où il faut reprendre ses forces; sitôt l'émotion passée, il faut placer l'éponge sur le point de la trachée que l'on va piquer et bien prendre garde, dans l'incision, d'atteindre le tronc brachio-céphalique. Lorsque l'incision est étroite, on éprouve une gêne indicible; l'enfant ne respire pas, il ne rend rien; il siffle, tousse et cherche à se débattre. Si, au contraire, l'incision est large, il respire et peut rendre de suite des mucosités ou des fausses membranes. Un autre inconvénient des ouvertures trop étroites, c'est d'empêcher l'introduction de la canule malgré tous les dilatateurs. Pour éviter toute difficulté, j'introduis dans la canule une sonde en gomme élastique, et elle me sert de conducteur.

M. Guersant. Il est très possible que tous ces divers temps de la trachéotomie soient très faciles pour M. Gerdy; cependant je dois dire que le procédé de M. Chassaignac simplifie beaucoup l'opération, il l'abrége et s'oppose ainsi aux chances de l'emphysème. Car il permet d'ouvrir presque en même temps tous les tissus placés au-devant de la trachée, et même il permet de ne pas perdre l'ouverture de la trachée-artère, puisqu'il fixe le conduit aérien tout le temps que dure l'opération.

Il permet également de ne pas prolonger aussi bas l'incision et d'éviter ainsi de toucher le tronc brachio-céphalique, comme cela est arrivé chez les petits enfants, où la région est très courte en hauteur. Dans le procédé ordinaire on prolonge beaucoup plus bas l'incision en la pratiquant de haut en bas. Arrivé sur la trachée-artère, nous donnons le conseil de porter le doigt vers la partie inférieure pour garantir et même déprimer le tronc brachio-céphalique, et nous insistons sur la nécessité d'ouvrir la trachée de bas en haut, en employant le doigt indicateur gauche placé à la partie inférieure de la plaie; il sert ainsi à fixer la trachée, à garantir le tronc brachio-céphalique et à diriger le bistouri.

et des douleurs lancinantes très aiguës, surtout depuis la ponction, à tel point que l'amputation ne put être différée.

Aussitôt après l'opération, à laquelle avait assisté M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen), une injection fut faite, selon son conseil, dans l'artère fémorale, afin de rechercher, comme il y avait réussi pour un cas analogue, si le liquide injecté passerait des artères dans les veines; mais il n'en fut rien.

La tumeur, examinée secondairement, offre à considérer les particularités suivantes :

Une dimension de 42 centimètres dans sa plus grande circonférence, une distension marquée des téguments amincis à toute sa surface avec fausse fluctuation et ulcérés dans un point, une crépitation et une mobilité singulières un peu au-dessus du niveau de l'articulation, une infiltration séreuse du tissu cellulaire et des muscles décolorés, quelques dépôts de la matière à injection, des foyers sanguins ou apoplectiques disséminés à la superficie ou dans l'intérieur de la tumeur, une masse enfin de tissu encéphaloïde circonscrivant toute la région du genou et offrant vers le creux du jarret un aspect et une disposition d'autant plus comparables à la substance cérébrale que cette tumeur se trouvait comme séparée en deux lobes distincts par les vaisseaux poplités.

Quant à l'articulation du genou, le condyle interne du fémur, spontanément détaché du corps de l'os, en est séparé tout à fait par une certaine quantité de tissu cancéreux. Le condyle externe n'est plus adhérent au reste de l'os que par une lamelle osseuse très friable. Un filet d'eau dirigé sur cette partie fait constater l'érosion des parois du canal médullaire contenant un liquide huileux mêlé au détritus de la matière encéphaloïde devenue diffluente presque en totalité.

Le tibia et le péroné sont intacts, ainsi que les cartilages diarthrodiaux, les cartilages semi-lunaires et les tissus fibreux entourant l'articulation.

Quant à l'état de l'amputé, il est aussi satisfaisant que possible eu égard à un cas aussi grave et aux chances si redoutables de la récidive.

M. Heyfelder. A l'occasion de cette communication, je dirai que peu avant mon départ d'Erlangen j'ai dû pratiquer la désarticulation de la cuisse pour un cancer s'étendant du genou au grand trochanter; malgré la gravité de l'opération, j'ai préféré ce moyen à une amputation sous-trochantérienne comme mettant plus à l'abri de la récidive. Lorsque je quittai le malade, la plaie était presque fermée. D'après l'indication d'un de mes collègues, ayant fait une injection dans l'artère crurale, j'ai vu qu'elle revenait par les veines.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

*Séance du 13 avril 1853.*

**Présidence de M. Guerr**

La Société reçoit les ouvrages suivants :

*On the nature and treatement of the diseases* Wardrop ; offert par l'auteur.

M. Chassaignac fait hommage des trois thèses suivantes :

*Des plaies de la tête,*
*Des membranes muqueuses,*
*Des tumeurs de la voûte du crâne.*

**Pied artificiel.**

M. Larrey présente, au nom de M. de Beaufort, un pied artificiel sur lequel il a déjà fait un rapport à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. XVII, p. 66).

Ce pied, fort simple dans sa confection, n'est point un pied mécanique ou articulé, c'est seulement une sorte d'ajoutage en bois substitué au pilon ordinaire sous la forme d'un pied décrivant à sa base ou à sa surface plantaire, depuis le talon jusqu'à son extrémité antérieure, une courbure qui constitue le principe et l'avantage de cet appareil.

Il permet, en effet ; à la jambe de bois d'allonger et d'égaliser le pas, au lieu de l'exposer à heurter les aspérités du sol ou à entraîner le membre dans un mouvement de rotation en dehors, qui produit avec le pilon ordinaire l'action dite de *faucher* en marchant. Le pied artificiel tend ainsi à diminuer sensiblement la fatigue ressentie par la plupart de temps qu'il donne toute sécurité à leur progressio chutes auxquelles ils sont souvent exposés.

On n'a besoin que d'examiner le mécanisme : che à l'aide de ce moyen prothétique pour en c

suivant l'axe du membre, et il en sortit un pus
sanguins et de tissu cellulaire sphacélé.

Pendant les six jours qui suivirent le débriden
hémorrhagies très abondantes survenant, je dt
malade, pratiquer l'amputation du bras droit par l

J'ai choisi ce procédé comme étant le plus
permettant de manœuvrer plus facilement au m
cisions que j'avais faites.

L'emploi du chloroforme et la constriction du t
été obligé de laisser appliqué, firent perdre au
veineux que je ne l'aurais voulu ; de sorte qu'ap
dans la journée il eut plusieurs syncopes. Je di
avec de l'ammoniaque et le soutenir avec du v
plaie a marché promptement vers la cicatrisation,
tation ait été pratiquée aussi haut que possible,
très satisfaisant.

L'avant-bras gauche, qui était le plus malade
vingt ouvertures d'abcès survenus successiveme
tous plus ou moins directement avec la fractur
très petites sont sorties; mais ce qui est à not
tout le cubitus a été un instant dénudé. Je croyai
d'extraire un séquestre considérable pour hâter la
conseillé le professeur Mayor (de Genève); m
probablement une exfoliation insensible, comm
crâne.

J'aurai, du reste, occasion de revenir plus tard
un exemple de la possibilité de la gangrène d'un m
qu'il y ait eu la moindre constriction par un appa

**Observations de fracture de la base**

Les deux autres malades ont tous les deux eu
base du crâne ; chez tous les deux il y a eu des co
quelles je reviendrai plus tard.

Chez cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, la
a été une chute d'un deuxième étage ; l'accident
quelques heures lorsqu'elle fut amenée dans mon
une plaie contuse au niveau du pariétal droit ; du
le nez et l'oreille gauche ; la membrane du tympan
bosse sanguine considérable existait au niveau de
de ce côté. Sous l'influence d'un traitement conven
s'était notablement amélioré ; il restait simplement

» Je ne puis et ne dois pas accepter cet él
due ; car la chirurgie n'avait jamais été négli
langen, où des hommes tels que Schreger,
Stromeyer m'ont précédé et peuvent être mêm
fondateurs d'une école chirurgicale d'où est so
de clinique chirurgicale à Iéna, dont le *Tra*
été remis il y a peu de semaines. C'est à l'acti
viens de vous nommer qu'est dû l'esprit scien
à l'université d'Erlangen ; pour moi, je me suis
d'augmenter l'impulsion que d'autres avaient d
» Agréez, etc.

— M. Giraldès montre ensuite l'artère car
lequel il avait pratiqué une injection de perchl
que un caillot olivaire assez consistant.

M. Debout montre également la carotide d'
pratiqué une injection semblable. On ne retr
ni trace d'inflammation de la membrane inte
marque que le tissu cellulaire qui forme la gaî
et comme épaissi au niveau de l'injection. M.
caillot s'est redissous.

M. Giraldès. Je viens d'examiner avec soin
vient de mettre sous vos yeux, et, d'après ce
porté à croire que l'injection n'a pas pénétré
simplement dans la gaîne.

M. Lenoir. Je crois également que l'injectio
la gaîne; car elle seule se trouve épaissie, tan
terne est tout à fait saine.

M. Giraldès. Si l'injection avait pénétré da
retrouver la trace de la piqûre; car, si petite
encore au sang artériel de s'échapper. Du rest
fois ces expériences, constamment j'ai obtenu
lide, et jamais je n'ai observé le long du vais
chapelets dont nous a parlé M. Debout.

M. Robert. Je partage entièrement l'opinio
Lenoir; je viens d'examiner avec beaucoup de
bout, et je n'ai constaté qu'un peu de rétréci
l'artère dans l'étendue de deux travers de doig
l'artère est tout à fait saine; nulle part je n'ai
piqûre, tandis qu'en dehors il y a une tache n
la partie du tissu cellulaire induré.

Je profiterai de cette circonstance pour rappeler que, si après l'injection dans les deux carotides d'un animal on a des accidents, la même chose a lieu chez l'homme lorsqu'on veut lier de suite les deux carotides. C'est ainsi que Langenbech et Liston ont perdu leurs malades. Il faut laisser entre les deux opérations un intervalle de quatre ou cinq mois pour le moins. Chez la jeune fille affectée d'anévrisme cirsoïde, chez laquelle j'ai pratiqué la ligature des deux carotides, bien que j'eusse mis tout ce temps entre les deux ligatures, j'ai encore eu des accidents : ainsi il y eut de suite une pâleur extrême, des fourmillements dans les jambes et presque perte de la vue.

M. Debout. Je suis convaincu que la canule a pénétré dans l'artère, et MM. Leblanc et Denonvilliers, qui assistaient à l'expérience, ont parfaitement vu, comme moi, le sang sortir de la canule de l'instrument, et ont constaté ensuite la formation d'un caillot dans l'artère. Seulement ce caillot n'a été que temporaire.

### Correspondance manuscrite.

M. le docteur Fleury, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine secondaire de Clermont-Ferrand, adresse une observation ayant pour titre : *Introduction d'un haricot dans la trachée artère. — Tentatives d'extraction. — Mort.*

Commission : MM. Lenoir, Guersant, Chassaignac.

— M. le docteur Benoit, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, communique deux observations dans le but de démontrer :

1° La réalité de l'étranglement par l'anneau crural;

2° L'influence fâcheuse et peu connue des adhérences intra-abdominales des viscères non herniés sur la réduction des viscères herniés.

Commission : MM. Michon, Larrey, Forget.

### Grossesse extra-utérine simulant un kyste sanguin du petit bassin.

M. le docteur Aran, médecin des hôpitaux, présente les pièces anatomiques recueillies par lui dans un cas de grossesse extra-utérine simulant une tumeur sanguine du petit bassin.

Ce cas est relatif à une femme de trente ans, ouvrière en coton, habituellement bien réglée et déjà mère de cinq enfants, qui vint réclamer ses soins au mois de mars dernier pour une hémorrhagie utérine, dont elle était affectée depuis le 20 janvier. Cette hémorrhagie avait paru après un retard de sept jours et à la suite d'un violent chagrin. D'abord ne revenant qu'à intervalles, elle n'avait pas tardé à devenir continue, et avec elle avaient paru des douleurs semblables à celles de

térieure se continuait avec la tumeur. Les orifices des trompes étaient dilatés, surtout celui de la trompe droite, qui, se dilatant bientôt, se renflait en entonnoir et venait s'insérer sur la tumeur sanguine. Cette espèce d'entonnoir pouvait avoir 6 à 7 centimètres de diamètre dans tous les sens; il communiquait avec la cavité de la tumeur sanguine par une ouverture arrondie, à bords lisses, de 1 1/2 à 2 centimètres de diamètre; il contenait quelques caillots noirâtres. L'ovaire correspondant était sain. A gauche, la trompe se portait en haut, et était accolée et aplatie sur la tumeur. L'ovaire n'a pas été retrouvé. La poche sanguine, d'un volume considérable, était garnie à son intérieur de couches fibrineuses; elle ne présentait nulle part trace de l'insertion des cotylédons du placenta.

Rapprochant ce cas des faits connus de véritables tumeurs sanguines du petit bassin, M. Aran a montré les nombreux et étroits rapports qui existent entre toutes les tumeurs sanguines qui se produisent dans cette région, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, et il en a conclu que la grossesse extra-utérine doit être considérée à l'avenir comme pouvant être le point de départ d'une de ces tumeurs. Le mécanisme de leur production reste encore assez obscur dans les cas de ce genre. En effet, il est permis de croire que c'est primitivement dans la trompe droite que le fœtus s'est développé, et que, chassé de cette trompe à travers l'ouverture qui a été retrouvée à l'autopsie, et qui s'est probablement rétrécie depuis, il a été refoulé peu à peu à gauche par des épanchements de sang successifs. Il ne faut pas oublier que l'ovaire gauche n'a pas pu être retrouvé d'une manière certaine, et que c'est peut-être dans sa cavité que le fœtus a pu rester et acquérir son développement. Ce fait n'est pas non plus de nature à juger la question du siége précis de l'épanchement sanguin, car si la tumeur paraissait avoir son siége au-dessus du péritoine, il y avait cependant des caillots en assez grande quantité dans la cavité abdominale; et l'on sait d'ailleurs que les couches fibrineuses anciennes sont susceptibles d'acquérir un aspect lisse et poli, qui rappelle tout à fait celui des membranes séreuses. Ce fait a néanmoins une véritable importance, dit en terminant M. Aran, en ce qu'il montre la nécessité d'établir entre les tumeurs sanguines du petit bassin des distinctions fondées sur leur véritable nature, et tant qu'on n'aura pas trouvé les signes qui caractérisent chacune de ces variétés, le traitement ne reposera pas sur des bases certaines et rationnelles.

*Le secrétaire de la Société*, MARJOLIN.

*Séance du 20 avril 1853.*

**Présidence de M. Guersa**

PRÉSENTATION DE MALADE.

**Kyste canaliculé de la région antéri**

M. Larrey présente un garde de Paris entré service au Val-de-Grâce pour une affection du c militaire, doué d'une forte constitution, n'a jama signes de scrofules, et surtout point d'engorgeme vicaux ; il a été atteint seulement d'une blennorr guérison prompte et radicale. C'est après avoir é temps par une agrafe d'habit dont la pression s' antérieure du cou qu'il vit se développer peu à niveau de l'angle du cartilage thyroïde. Cette tu remonte à quatre années déjà, offrait par son sié son volume, par sa consistance, etc., tous les sig Elle s'accrut par une pression continue du col apr naire, et parvint au volume d'un œuf de poule, peau, sans douleur locale, mais en occasionnant dans la déglutition, dans la phonation et même d

Des frictions résolutives avec la pommade io la tumeur et disparaître ces effets de compressio après, une inflammation assez intense, développée même, envahit toute la région antérieure et médi lution obtenue par les moyens appropriés fut su étroite et linéaire, aboutissant en haut à la tu part, ou au niveau du cartilage thyroïde, et d'a au milieu de la fourchette du sternum, à un engo

Le malade, entré une première fois au Val-de- ment alors les signes d'un kyste du cou. Les rés rent qu'un résultat incomplet ; une seconde infla la première se déclara, et plus tard une troisièm avait repris son service. Chacune de ces inflamm pée dans le mois de mai des années 1849, 1850 e

Il se forma dès lors sur la ligne médiane de l cou, depuis le kyste thyroïdien jusqu'au bord du

ration cylindrique comme un cordon, terminée en bas par une petite tumeur de forme arrondie, de consistance assez ferme, augmentant de volume par la diminution du kyste, et diminuant au contraire par l'augmentation de cette tumeur plus élevée. Ces alternatives de développement bien appréciables survenaient quelquefois spontanément et à certains intervalles; d'autres fois elles s'effectuaient à volonté sous la pression du doigt.

La gêne occasionnée par le frottement du col d'uniforme et par l'agrafe de l'habit, au niveau de la tumeur sus-sternale, détermina le malade à percer cette tumeur avec une aiguille. Un liquide séreux, roussâtre, s'en écoula d'abord; une ulcération fistuleuse s'établit ensuite dans le même point, et donna issue, à quatre reprises différentes, à des fausses membranes tubulées, consistantes et assez longues.

C'est alors que ce militaire fut envoyé de nouveau à l'hôpital, où nous avons recueilli les renseignements qui précèdent.

L'examen de la partie antérieure du cou fait constater effectivement :

1° Une tumeur molle, dépressible, au niveau du cartilage thyroïde;

2° Un cordon du volume et de la consistance d'un tuyau de plume, non adhérent à la peau, mais fixé à la tumeur et aboutissant en ligne droite à la région sus-sternale;

3° Une ulcération fistuleuse très étroite paraissant communiquer par le même point avec la région thyroïdienne.

Cependant l'exploration de l'ouverture à l'aide d'un stylet ne permet pas à l'instrument de pénétrer dans le conduit présumé, ni de parvenir ainsi jusqu'au kyste. Avant de renouveler cette tentative de cathétérisme, avant d'essayer des injections ou tout autre moyen propre à confirmer son diagnostic, M. Larrey soumet ce cas à l'attention de la Société, comme offrant une forme singulière des kystes du cou, forme qu'il proposerait d'appeler *kyste canaliculé*.

M. Chassaignac. Malgré la continuité d'un cordon induré depuis la tumeur fluctuante jusqu'à la fistule sus-sternale, il ne m'est nullement démontré qu'il y ait une voie de communication de l'orifice fistuleux jusqu'au kyste. Il a pu exister deux foyers distincts, quoique liés entre eux par l'intermédiaire d'une chaîne lymphatique. Il n'y a pas bien longtemps que j'ai observé un fait analogue sur un notaire de Paris, auprès duquel j'avais fait appeler M. Cloquet. A la suite d'un anthrax dans la région sus-hyoïdienne, il se forma un abcès angioleucitique, immédiatement au-dessus de la fourchette sternale. Il y avait entre le foyer de l'anthrax et celui de la partie inférieure du col une traînée lymphatique indurée, mais aucune communication canaliculaire : les deux foyers étaient distincts, quoiqu'il y eût entre eux une dépendance

de cause à effet. Je n'admettrai donc, dans le cas de M. Larrey, l'existence d'un canal de communication que quand son existence sera anatomiquement démontrée.

M. Guersant. J'ai eu deux ou trois fois occasion d'observer des kystes au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, et je me suis bien trouvé de l'usage des injections iodées; je crois que c'est par là qu'il faut commencer. Si ce moyen échouait, il serait toujours temps de recourir à l'emploi du séton.

M. Forget. Je crois qu'un des meilleurs moyens d'étudier les rapports de ce kyste, ce serait de le laisser se dilater, en comprimant légèrement l'ouverture inférieure.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

*Considérations sur les lésions traumatiques du rachis et la moelle épinière*, par le docteur Schveing.

*De la certitude médicale, et de la nécessité d'améliorer les lois qui régissent l'exercice de la médecine*, par le docteur Jeannel.

*De cerebri et medullæ spinalis systemate vasorum capillari in statu sano et morboso*, par le docteur Ekker.

*Recherches électro-physiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur le diaphragme*, par le docteur Duchenne (de Boulogne).

*Observation de gastrostomie*, par le professeur Sédillot.

*Association medical Journal.*

**Correspondance.**

M. le docteur Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, adresse un mémoire sur l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple. (Commissaires : MM. Lenoir, Debout, Laborie.)

— M. le docteur Jules Roux (de Toulon) adresse la lettre suivante, au sujet des modifications à apporter au procédé à lambeau plantaire latéral interne dans l'amputation tibio-tarsienne :

« Toulon, le 13 avril 1853.

» Monsieur le président, l'expérience apprend chaque jour que les méthodes et les procédés opératoires ne sortent pas ordinairement parfaits des mains de leurs auteurs, et que la réflexion et l'observation des faits cliniques les font marcher longtemps dans la voie du progrès. L'histoire de l'amputation tibio-tarsienne est une preuve nouvelle de cette assertion.

» On sait que cette opération fut introduite dans la science et dans la pratique avec la méthode à lambeau *dorsal* et avec le procédé de

M. Baudens, son auteur. Bientôt la méthode à lambeau *plantaire* et le procédé de M. Syme furent préférés. Peu après, s'il faut en croire MM. Robert, Nélaton, etc., mon procédé à lambeau *plantaire latéral interne* dut prévaloir sur celui du chirurgien d'Edimbourg.

» Je viens aujourd'hui apporter une modification légère, mais importante, à mon procédé lui-même.

» Dans presque tous les temps de mon procédé, les parties molles doivent être séparées du calcanéum avec tant de soin, que la description que j'en donne contient virtuellement le précepte de détacher le périoste dans la plus grande étendue de cet os.

» Je conseille aujourd'hui, dans cette dissection délicate, *de laisser le périoste adhérer au calcanéum, et d'éviter ainsi de le conserver avec les parties molles du moignon.*

» Deux faits cliniques m'ont appris que lorsque la dissection est tellement exacte que le périoste du calcanéum détaché de l'os reste dans le lambeau, des ostéophytes peuvent s'y développer, et que ces productions osseuses, multiples et irrégulières, exposent à contrarier le résultat final par les maladies dont elles peuvent être atteintes, et par la gêne qu'elles sont susceptibles d'apporter à la station et à la déambulation sur le moignon, de telle sorte que dans ce dernier cas l'opéré semblerait marcher sur de petits cailloux.

Sur un premier malade, j'avais observé une ostéophyte au-dessus et en dehors de la cicatrice, mais, par sa situation, elle ne pouvait apporter aucun obstacle direct à la marche, et n'entrava en rien la guérison.

» Certainement il n'en aurait pas été de même du deuxième opéré, qui, ayant succombé à la cachexie scrofuleuse dix mois après l'amputation, nous a offert dans le milieu de son moignon six ostéophytes en partie cariées.

» A côté des faits cliniques qui me font apporter une modification légère au procédé à lambeau plantaire latéral interne, il faut aussi placer, je crois, le fait intéressant dont M. le docteur Verneuil a déjà entretenu la Société de chirurgie, et qui, ayant trait à une *névrite* des rameaux du nerf tibial, a porté ce chirurgien à proposer la résection des branches de ce nerf.

» J'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie l'observation complète de ce dernier opéré, observation recueillie dans mon service par M. le docteur Fleury, prosecteur à l'École de médecine navale de Toulon.

» Agréez, etc. Dr Jules Roux, D.-M.-P. »

L'observation qui accompagne la lettre est renvoyée à la commission chargée d'examiner ce nouveau procédé opératoire.

— M. le docteur Nivet (de Clermont-Ferrand) adresse la lettre suivante :

« Clermont-Ferrand, 28 mars 1823.

» Monsieur le président, je viens de lire dans l'*Union médicale* du 22 mars le compte rendu de la séance du 16 courant, dans laquelle M. Deguise a bien voulu rendre compte de mon travail sur le goître estival épidémique. Permettez-moi de soumettre à la Société que vous présidez les réflexions suivantes, qui m'ont été inspirées par cette lecture :

» 1° M. Guyton (d'Autun) a eu tort de me disputer une priorité que je n'ai pas réclamée, et qui appartient à M. Lavort, professeur à l'École de médecine de Clermont. Les observations de notre honorable doyen remontent à 1822. (Voir la page 2 de notre travail.)

» 2° La composition des eaux de notre pays est très variée; elle n'a paru exercer aucune influence sur l'apparition et le développement du goître. (Voir la page 4 du même opuscule.)

» 3° Je suis très disposé à ranger, avec M. Robert, le goître douloureux parmi les engorgements inflammatoires; mais dans la majorité des cas l'hypertrophie a été indolente.

» 4° Mes observations et celles de M. Merruau, chirurgien-major du 18e de ligne, s'accordent avec celles de M. Larrey fils; nous ne différons que sur un seul point : je ne crois pas que la compression mécanique exercée par le col-cravate soit une cause de goître.

» Je terminerai en comparant les goîtres signalés en 1852 avec ceux qui se sont montrés en 1851.

» L'année 1852 a été froide, pluvieuse; sa température n'a point offert les alternatives de journées chaudes et de soirées glaciales; le mauvais temps a rendu les promenades et les exercices militaires plus rares : le nombre des goîtres d'été et d'automne a été très peu considérable. Et cependant la composition de l'eau n'a pas varié et la consommation de tabac n'a pas diminué.

» Ces faits confirment pleinement les opinions que nous avons émises dans notre travail sur le goître estival épidémique.

» Agréez, etc.

N. Nivet, D.-M.-P.,
» Professeur d'anatomie à l'École de médecine
» de Clermont-Ferrand. »

— M. le secrétaire donne ensuite lecture d'une observation adressée par M. le professeur Ehrmann (de Strasbourg), membre correspondant.

**Tumeur fibreuse (maligne) située dans la région lombaire; excision; cautérisation; récidive. Nouvelle opération; nouvelle récidive. Marasme. Mort.**

Obs. — Caroline W..., âgée de neuf ans, s'aperçut, en 1834, qu'elle portait une petite tumeur sous-cutanée, mobile, indolente, située dans la région lombaire droite. Elle n'en fit part d'abord qu'à sa mère, qui, la considérant comme une loupe ordinaire, ne jugea point nécessaire de recourir à un traitement quelconque. Cette enfant, jumelle d'une sœur qui mourut plus tard aussi, avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite, quoique sa constitution n'annonçât pas la vigueur du jeune âge et que le développement de ses facultés intellectuelles laissât également à désirer.

Ce ne fut que trois ans après la première apparition de la tumeur en question, et lorsque celle-ci avait acquis le volume d'un œuf d'oie, que je fus consulté et que, vu les progrès de la maladie, j'en proposai l'ablation.

Située à côté de la masse musculaire du sacro-lombaire et du très long du dos, à peu près dans l'intervalle qui sépare la région de la douzième côte de la crête de l'os des iles, cette tumeur, incolore, insensible à la pression, libre sous la peau, semblait avoir jeté quelques racines vers la profondeur et offrir des adhérences que la dissection seule pouvait déterminer. La complexion de cette petite fille laissait peu de chose à désirer; la fonction menstruelle venait de s'établir depuis peu, et la gêne qu'elle éprouvait pour fixer ses vêtements lui faisait vivement désirer d'être débarrassée de son incommode excroissance.

L'ablation de la tumeur ne présenta rien de particulier, si ce n'est que, dégagée facilement de l'enveloppe cutanée qui la recouvrait, sa base, fortement adhérente au plan des muscles larges du bas-ventre dans leur portion lombaire, ne se laissait point séparer de même; j'intéressai leur tissu, ne pouvant énucléer cette base, me réservant d'enlever après coup les couches profondes qui pourraient me paraître suspectes. Je parvins en effet à exciser tout ce qui semblait être de nature fibroïde, et la palpation du fond de la plaie, donnant la sensation d'un tissu normal, qui était la substance musculaire, m'autorisa à penser que je n'avais laissé subsister aucune trace appréciable de la tumeur.

Le travail de la cicatrisation marchait à grands pas; j'avais conservé assez de peau pour pouvoir en recouvrir la surface mise à nu, et les bourgeons charnus pullulant de toutes parts avaient bientôt réuni les

breuse anormale ; mon excision devint si profonde que j'arrivai au tissu sous-séreux abdominal, à travers lequel il me fut permis, ainsi qu'aux assistants, de distinguer des circonvolutions intestinales.

J'avais affaire maintenant à une grande surface saignante, et n'ayant pas de peau à ma disposition pour la recouvrir, j'arrêtai le sang, qui coulait en nappe, avec des boulettes de charpie imprégnées de poudre de colophane, et j'achevai le pansement en exerçant une légère compression sur la région opérée.

Aucun accident ne vint compliquer cette opération. La suppuration s'établit bientôt ; elle dut être longue, en raison de l'étendue de la plaie et surtout de l'absence de peau.

Le travail de cicatrisation marcha convenablement, mais il a fallu plus de deux mois pour qu'il se terminât, et de petites érosions de la surface inodulaire ne se tarissaient que pour être remplacées par d'autres, ce qui retarda pendant quelque temps l'entière guérison.

Celle-ci ne devait pas être d'une aussi longue durée que la première, car au bout de dix-huit mois déjà, l'organisme se trouvant d'ailleurs dans d'assez bonnes conditions, le mal reparut, se propagea avec une intensité telle qu'il semblait se venger pour ainsi dire des atteintes dirigées contre lui ; il prit, dans l'espace de dix-huit autres mois, une forme et une dimension telles qu'il fallut renoncer à toute tentative ultérieure. Non-seulement, à partir de la région lombaire, une nouvelle tumeur se développa et se propagea le long du dos jusqu'à la région cervicale et claviculaire, mais le creux axillaire et l'aine gauches devinrent également le siége de semblables masses sous-cutanées et mobiles.

A cette époque, la santé de Caroline W... commença à s'altérer visiblement ; le chagrin de voir sa maladie devenir incurable, le souvenir de deux opérations restées infructueuses la plongèrent dans un profond découragement ; l'économie en fut atteinte, les fonctions digestives se troublèrent, les forces baissèrent peu à peu, et le marasme ne tarda pas à s'établir : la malade mourut en 1843.

Inutile d'indiquer les diverses péripéties qui précédèrent cette funeste terminaison d'une maladie qui apparaissait tout d'abord sous la forme d'une insignifiante loupe et finit par de monstrueuses végétations ; elles n'appartiennent point, à proprement parler, à l'affection destructive d'un produit hétéroplastique, mais se rattachèrent plutôt à l'issue ordinaire d'un mal incurable.

*Autopsie cadavérique.* — Toutes les cavités splanchniques ont été ouvertes, et aucun organe n'a présenté la moindre trace d'altération organique ; la maigreur extrême du corps faisait paraître d'une ma-

à des espèces de nodosités du cuir chevelu, et il était tout naturel de penser que ces élevures, indolentes du reste, ne pouvaient et ne devaient être autre chose que de petites tumeurs de même nature que les grandes masses implantées dans les téguments de la tête; mais il n'en fut pas ainsi, comme on le voit. La peau, cuir chevelu très sain, ne faisait que recouvrir ces excroissances osseuses, qui, lorsque le périoste était enlevé, apparaissaient lisses, très dures et très compactes. Leur aspect extérieur, dans l'os aujourd'hui desséché, a quelque chose de lardacé et ressemble à cette altération du tissu osseux connue sous le nom de *dégénérescence éburnée*. Ces petits mamelons sont élevés de 5 à 6 millimètres au-dessus de la surface du crâne, et ont leur siége principalement au frontal et aux deux pariétaux; les uns sont isolés, d'autres groupés; ils sont superficiels, ne pénètrent point dans la substance diploïque, et la surface interne de la voûte crânienne ne se trouve garnie d'aucune aspérité. Ayant demandé à l'un de mes collègues, qui ignorait l'origine de cette pièce, à quoi ressemblaient ces exostoses, il me répondit : A des tubeurs fibro-lardacées.

— L'examen microscopique des tumeurs n'a pas été fait dans le temps; c'est peut-être une lacune que l'exposition et l'analyse des faits de l'observation pourraient bien avoir comblée.

Réflexions. — Il me semble qu'au point de vue clinique l'observation que j'ai l'honneur d'adresser à la Société présente les conditions suivantes : développement de tumeur fibro-plastique dans un organisme entièrement dépourvu de principe d'hérédité; marche lente de l'affection, n'exerçant d'abord aucune influence délétère sur la constitution de la malade; système fibreux, musculaire et aponévrotique comme point de départ du produit parasite; ablation première, commandée par la gêne et la difformité qu'occasionnait le siége de la tumeur fibro-plastique; récidive sur place au bout de trois ans; nouvelle excision très profonde; nouvelle recrudescence, développement de masses fibreuses énormes, dont quelques-unes éloignées du foyer originaire; apparition d'une véritable diathèse fibro-plastique exerçant son influence jusque sur le tissu osseux crânien; altération profonde de l'économie; marasme; mort.

L'absence de prédisposition apparente et favorable à l'évolution du tissu fibro-plastique me paraît se fonder, dans le cas dont il s'agit, sur le défaut de rapport entre le phénomène pathologique observé chez cette jeune personne et l'état sanitaire de ses parents. Le père, arrivé à l'âge de soixante ans, de forme athlétique, avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque longtemps après la naissance de ses enfants il eut des accès de goutte qui avaient laissé jusqu'à la fin de ses

jours des traces aux articulations phalangiennes
teils; il succomba à une cystite aiguë. La mère
élancée, vivante encore, ne se rappelle point
d'une maladie distincte, si ce n'est de cardialgie
que la jumelle de Caroline W... n'a point survécu
D'après toute apparence, elle succomba à une
des viscères du bas-ventre, après avoir porté
ans une éruption dartreuse à la région orbitaire
velopper un engorgement chronique de l'articu
che ayant entraîné une ankylose de cette joint
seignements sont posthumes, des circonstances
volonté ne m'ayant pas permis d'observer ce fa
médecin, frère de la malade, aurait pu me les do
depuis longtemps d'une maladie aiguë. Deux au
que les défuntes, vivent encore aujourd'hui. L'
plexion faible, a dépassé trente ans sans qu'aucu
se soit manifestée chez elle; l'autre, mariée et
fants très bien portants, est le modèle d'une org
florissante.

L'origine, le siége et le mode de propagatior
plastiques observées chez Caroline W... me pa
d'abord à l'analogie du tissu fibreux normal (mu
tique de la région lombaire, d'après cette loi de
gique en vertu de laquelle des produits accidente
moins du caractère des tissus naturels, dans lesqu
aussi de préférence. Cette condition, il est vrai,
qu'au moment où la diathèse, une fois établie, a p
de surgir indépendantes dans d'autres régions
trouver en continuité de texture avec la masse o
A cette dernière époque, la saturation de l'organ
de nombreuses exostoses sont venues recouvrir
offrant en petit l'aspect et la conformation des ma
sous-dermiques. La récidive s'est donc présentée
sur place d'abord, et ensuite dans des lieux éloig
larité qu'aucun organe interne n'en a ressenti les
système lymphatique, les ganglions du moins,
trace d'altération.

Je ne pense pas avoir encouru le reproche d'av
dans la plaie, lors des excisions, des éléments mor
ceptibles de se reproduire sous forme de végéta
profondeur à laquelle je suis allé exclut ce mode

lation et force naturellement d'admettre une cause morbifère inconnue se développant dans l'organisme sous l'influence d'agents également indéterminés.

Que dirai-je maintenant de la curabilité des tumeurs fibro-plastiques ? Elle doit, d'après les saines règles de la pathologie, découler de la nature ou de l'essence de la maladie ; mais en quoi consiste cette essence ? Comment peut-elle diriger le médecin ou le chirurgien dans le traitement de ces tumeurs ? Faut-il, lorsque l'on croit à leur parfaite innocuité, les laisser subsister quand elles n'occasionnent que de la gêne ou de la difformité ? Est-il besoin de les attaquer avec l'instrument tranchant alors que l'on est persuadé de leur récidive ? Convient-il de les assimiler à des végétations cancéreuses et de les poursuivre jusque dans leurs derniers retranchements ?

C'est ici que surgissent les difficultés et que l'art a demandé à la science la clef de ses déterminations. Or c'est dans la composition de ces tumeurs, dans la structure intime de leur tissu, dans l'histologie, en un mot, que l'on est allé chercher la solution de ces questions ardues. Prenant pour point de comparaison les productions cancéreuses avec leurs différentes formes et les effets de ces dernières sur l'économie animale, on a dû naturellement rechercher l'élément primordial de ces deux produits morbides, et arriver enfin à la *cellule* pour lui demander le secret d'organisation qui distingue ou qui rapproche le cancer de la tumeur fibro-plastique.

Je professe une estime profonde pour tout ce qui tient de près ou de loin au progrès, et je m'incline respectueusement devant les travaux des modernes concernant la détermination de l'élément primitif comme point de départ de toute substance organique ; mais, malgré les résultats admirables auxquels, anatomiquement parlant, on est arrivé de nos jours, la science est loin d'avoir dit son dernier mot, et les applications histologiques n'ont fait encore que soulever un coin du voile qui recouvre les opérations délicates de la nature. J'ai observé et pratiqué longtemps avant la découverte de la *cellule animale ;* les tumeurs fibro-plastiques d'aujourd'hui étaient des *tumeurs fibreuses malignes ;* on ne les attaquait pas impunément, surtout lorsqu'elles avaient une certaine ancienneté ; le cancer, lui aussi, était tantôt fibreux, tantôt médullaire ; le siége qu'il occupait ajoutait parfois à sa gravité ou en atténuait le danger, comme cela arrive aujourd'hui pour le cancer épithélial ; les récidives s'observaient dans les deux maladies quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, et la diathèse cancéreuse est encore assimilable à la diathèse fibro-plastique, moins la teinte jaune et la sensibilité des tumeurs.

leur ulcération, au défaut de retentissement dans les ganglions voisins, à leur apparence de bénignité primitive, à leur caractère hétéroplastique et à leur fréquente incurabilité, me semble devoir placer les tumeurs fibro-plastiques entre le cancer et les produits fibreux oméoplastiques.

Quant au cancer lui-même, surtout quant à la cellule qu'on y découvre en si grande quantité, cette dernière entre, il est vrai, comme élément constitutif dans la composition des tumeurs de cette nature, et sa présence doit influer plus ou moins sur les formes variées extérieures de la maladie. Cette cellule, improprement appelée *cancéreuse*, peut donc se rencontrer, et se rencontre en effet, là où il n'y a pas de cancer; c'est ainsi que le microscope a pu la signaler dans les tumeurs fibro-plastiques, sans que pour cela ces dernières fussent constituées cancers; les deux éléments, *fibre* et *cellule*, ne s'excluent donc pas.

Il résulte de là aussi que dans les tumeurs dites hétéroplastiques on a tant de peine à trouver dans tous les points de leur étendue à l'aide du microscope cette homogénéité désirée, et que les explorations partielles entreprises du vivant des individus ne peuvent, le plus souvent, que fournir des données incertaines quant à la structure intime et moléculaire de leur tissu.

Inutile de rappeler ici les autres propriétés du cancer; cette maladie a fait dans ces derniers temps le sujet de tant de travaux et de tant d'investigations, que l'on est étonné de n'être pas plus avancé quant à la thérapeutique; j'ai voulu seulement jeter un coup d'œil sur les points de contact qui existent entre cette dernière maladie et les tumeurs fibro-plastiques, mais je croirais abuser de la patience du lecteur si j'étendais davantage ces considérations.

— M. Ferdinand Martin lit un mémoire sur l'emploi d'un appareil à extension applicable aux fractures du col du fémur et aux luxations spontanées.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lenoir, Chassaignac, Monod, Robert, Nélaton.

*Le secrétaire de la Société*, Marjolin.

*Séance du 27 avril 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malade.**

M. Chassaignac présente un malade qui porte sur la face palmaire au niveau de l'articulation du poignet une tumeur bridée dans son mi-

grée, etc., sans qu'aucun de ces mélanges lui paraisse pénétrer au delà de la poche; mais une semblable expérience répétée le lendemain après un nouveau cathétérisme détermine, comme la première fois, de la toux et l'expectoration d'une petite quantité de liquide coloré; c'était un peu de vin que l'on avait injecté à cet effet.

Il résulte donc évidemment de ces recherches qu'une communication directe existe entre le kyste préthyroïdien et la fistule sus-ternale, par l'intermédiaire d'un canal assez long, à parois extensibles, et tapissé sans doute d'une pseudo-membrane muqueuse, comme la plupart des trajets fistuleux.

Quant au traitement, ajoute M. Larrey, nous essaierons d'abord les injections iodées, avec la précaution que ce liquide ne pénètre pas dans le larynx; et si elles ne réussissent point, on pourra ponctionner le kyste; et au besoin employer ensuite soit le séton, soit quelque autre moyen convenable.

### Correspondance imprimée.

La Société reçoit une lettre d'invitation de la Société impériale et centrale d'agriculture pour assister à la distribution des prix qui aura lieu le dimanche 1er mai salle de la Sorbonne.

### Correspondance manuscrite.

M. Mathieu adresse à la Société une lettre pour la prier de vouloir bien examiner un instrument destiné à aspirer dans l'exploration des tumeurs.

La lettre et l'instrument de M. Mathieu sont renvoyés à l'examen de M. Lenoir.

M. Mott, de New-York, adresse une lettre de remercîments pour le titre de membre associé étranger que lui a conféré la Société de chirurgie.

— M. Larrey a reçu de M. le docteur Szokalski une lettre assez détaillée, dont il donne lecture à la Société, sur *l'abrasion de la cornée transparente de l'œil.* En voici quelques extraits :

« Cette opération, proposée par M. Malgaigne, il y a une dizaine d'années, comme moyen curatif des opacités qui voilent la pupille, trouva à cette époque beaucoup de contradicteurs, et fut peu à peu abandonnée, malgré la défense éloquente de son savant inventeur. Ayant éprouvé plusieurs mécomptes dans mes premiers essais, j'étais ainsi disposé à me ranger parmi ses adversaires, lorsqu'une nouvelle série de faits est venue tout d'un coup me prouver qu'elle pouvait fournir, dans certaines circonstances, des avantages réels. »

malades soient présentés avant l'opération et représentés longtemps après.

M. Larrey partage la manière de voir de M. Chassaignac; aussi ne propose-t-il pas de renvoyer la lettre de M. Szokalski à une commission. Il faudrait simplement remercier l'auteur et l'engager à poursuivre ses recherches pour les réunir et en faire le sujet d'un mémoire complet.

— A propos de la correspondance, M. Giraldès et M. Marjolin demandent la parole.

— M. Giraldès présente, au nom de M. Henri Fabius, une dissertation latine intitulée : *Dissertatio medica inauguralis de spirometro, ejusque usu, observationibus cum aliorum, tum propriis illustrata.* (Remerciments.)

— M. Marjolin est chargé par M. le professeur Sédillot de faire hommage à la Société du tome Ier du *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils.* (Remerciments.)

## Rapports.

M. Chassaignac donne lecture du rapport suivant :

« Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Guersant, Morel-Lavallée et moi, de vous rendre compte d'un opuscule de M. Isidore Henriette, médecin belge. Cet opuscule a pour objet les injections nasales, soit alimentaires, soit médicamenteuses, chez les enfants nouveau-nés.

» Le travail de M. Henriette a été soumis à l'Académie royale de médecine de Belgique; il a, de plus, été produit dans la publicité par son auteur; mais du moment que vous aviez nommé une commission pour l'examen de ce travail, elle n'avait pas à s'enquérir de ce qui avait pu se passer antérieurement à son mandat. Elle a donc examiné le travail imprimé de M. Henriette avec le même soin et les mêmes égards qu'elle eût apportés à l'appréciation d'un travail manuscrit.

» Peut-être la Société jugera-t-elle que les travaux de ses commissions doivent être surtout réservés pour l'examen de travaux encore exempts de toute publicité; mais jusque-là notre devoir, comme rapporteur, nous paraît tout tracé, et nous ne faillirons point, du moins dans la mesure de nos forces, à tout ce que réclame un examen sérieux et motivé. A cet égard, il avait semblé à votre rapporteur que l'œuvre de la commission devait rester aux mains de M. Guersant, à cause de sa grande expérience en tout ce qui se rapporte à la pathologie des enfants, ou de M. Morel-Lavallée, qui occupe en ce moment un service à l'hôpital des Enfants-Trouvés; mais ces deux honorables

collègues nous ayant prié d'accepter cette tâche, nous venons aujourd'hui la remplir.

» Elle se recommandait d'ailleurs puissamment à notre attention par l'importance de son objet. Tout ce qui se rattache à l'alimentation des enfants nouveau-nés prend un intérêt d'autant plus grand aujourd'hui qu'on ne saurait malheureusement plus douter du grand nombre de victimes qu'ont dû faire l'ignorance ou la négligence apportées dans d'autres temps à l'étude de cette grave et intéressante question.

» Il est à peu près reconnu par tous les hommes compétents que les enfants nouveau-nés admis dans les établissements hospitaliers sont voués à une mort presque certaine s'ils ne sont pas très promptement remis aux soins d'une nourrice. C'est là même ce qui produisait une mortalité si effrayante dans le service des ophthalmies avant que la véritable nature de l'ophthalmie purulente et les moyens rapides de la guérir eussent été signalés. Ce n'est pas cette ophthalmie qui faisait périr les enfants, mais ils ne pouvaient être imposés aux nourrices, pour lesquelles ils étaient un objet de dégoût et d'inquiétude personnelle, tandis que, guéris en quelques jours, ils furent bientôt acceptés par elles sans répugnance. Et ne croyez pas, messieurs, que l'avantage de cette guérison prompte n'ait porté ses fruits que dans l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris; la plupart des grands hôpitaux de l'Europe ont adopté cette pratique. Et si c'était ici le lieu, nous vous parlerions des beaux résultats obtenus par M. Bednar, médecin en chef des Enfants-Trouvés, à Vienne, qui, sur 54 enfants atteints d'ophthalmie purulente des plus graves, a eu 51 guérisons.

» Mais revenons au travail de M. Henriette, et donnons avant tout une idée succincte mais précise de son procédé. Nous examinerons ensuite la valeur des résultats obtenus par lui.

» Le moyen d'injection est une seringue en verre; le liquide injecté, du lait de nourrice extrait par les moyens connus, et notamment la petite pompe à ventouse.

» L'enfant est couché horizontalement. Le médecin, placé à droite, fait pénétrer d'une ligne tout au plus l'extrémité de la canule dans la narine de l'enfant. De cette manière on évite l'éternument. On pousse alors très lentement le liquide, qui tombe goutte à goutte à travers les fosses nasales sur la paroi de l'œsophage et de là dans l'estomac. Aucun accident de toux ni d'éternument ne vient contrarier cette petite opération.

» Le lait retiré du sein de la nourrice est reçu dans un vase chauffé à une température douce. M. Henriette en injecte de 3 à 6 onces par jour.

» La seringue est constamment plongée dans l'eau froide, pour n'en être retirée qu'au moment de l'injection et passer alors dans un vase rempli d'eau chaude.

» Tel est le procédé opératoire. Il est très simple, comme vous voyez. Quels résultats a-t-il produits? C'est surtout là ce que votre commission avait le devoir d'examiner.

» Le travail de M. Henriette repose sur onze observations recueillies à l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles. Notre attention a dû s'arrêter d'une manière toute spéciale sur l'analyse de ces observations.

» Onze enfants plus ou moins débiles ont été soumis aux injections nasales, dans le but de suppléer par ce mode d'alimentation aux difficultés que présentait l'allaitement, soit naturel, soit artificiel.

» Sur ces onze enfants, cinq sont morts, et par conséquent la moitié des faits invoqués par l'auteur doit être considérée sinon comme infirmant ses conclusions, du moins comme ne leur prêtant qu'un médiocre appui.

» Quant aux six observations qui restent, elles ne nous paraissent pas avoir toute la portée que M. le docteur Henriette leur accorde. En effet, trois de ces observations sont relatives à des enfants nés avant terme, débiles, chétifs, incapables, dit l'auteur, de prendre le sein ou le biberon, et qui, après trois jours d'injections nasales pour l'un, après deux jours seulement pour les deux autres, ont pris le sein avec une très grande facilité. Il nous paraît difficile d'admettre que deux jours de l'emploi de ce moyen, trois au plus, suffisent pour transformer un enfant très débile à ce point qu'il recouvre dans ce court espace de temps et la faculté de teter, et la force vitale qu'il n'avait pas auparavant. Cela vous paraîtra, messieurs, d'autant plus extraordinaire, que M. le docteur Henriette n'admipistre à ces nouveau-nés que de 3 à 6 onces de lait. Nous disons extraordinaire; car les travaux publiés dans l'*Union médicale* par M. le docteur Hervieux ont parfaitement établi qu'un enfant nouveau-né peut prendre à sa nourrice 1,500 à 2,000 grammes de lait dans les vingt-quatre heures.

» Or, de deux choses l'une : ou les enfants dont parle M. le docteur Henriette étaient dans l'état de débilité extrême où il les suppose, et alors il est difficile de comprendre comment quelques onces de lait ont pu opérer la transformation merveilleuse dont il parle; ou ils étaient beaucoup plus vigoureux qu'il ne l'a pensé, et alors c'est à la nature qu'il faut faire honneur des résultats observés.

» Les trois dernières observations sont encore relatives à des enfants non moins frêles, non moins chétifs que les précédents, et qui auraient dû également leur salut aux injections nasales. Mais dans la première

cédé a été mis en pratique. Pour les deux autres, les injections ont été faites, chez l'un huit jours de suite, chez l'autre dix. Ces deux derniers faits sont donc plus concluants.

» Maintenant, deux ou trois observations suffisent-elles pour substituer comme méthode d'alimentation le moyen proposé à ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour? Pour votre commission, messieurs, elle ne saurait voir dans les injections nasales qu'un expédient ingénieux destiné à remplacer, d'une manière purement éventuelle et passagère, l'allaitement, soit naturel, soit artificiel, dans les cas rares où l'impossibilité de cet allaitement est parfaitement démontrée. Le procédé de M. Henriette n'est donc pas susceptible d'être généralisé, comme paraît le penser son auteur.

» Tous ceux qui ont eu l'occasion de voir beaucoup d'enfants faibles de naissance savent avec quelle avidité les plus chétifs d'entre eux saisissent par l'action buccale les objets qu'on leur présente; l'extrémité du doigt, par exemple, et quels efforts de succion provoque de leur part la présence de ce corps étrange. Il est donc naturel de penser que le mamelon d'une bonne nourrice, et même le biberon, finiront par être saisis, pourvu qu'on y mette un peu d'adresse. A quoi il faut ajouter que les efforts de succion, en mettant en jeu les muscles respirateurs, contribuent au développement de la poitrine, à l'activité de l'hématose et à l'entretien de la chaleur vitale.

» De ce que votre commission s'est vue obligée de mettre dans l'interprétation des faits observés par M. Henriette une certaine rigueur scientifique, s'ensuit-il qu'elle porte sur le travail de cet honorable médecin un jugement défavorable? Non, assurément. Elle ne saurait méconnaître qu'il n'y ait dans ce travail une pensée heureuse, qui, fécondée par un nombre suffisant d'observations, pourra acquérir une valeur qu'elle ne possède pas encore.

» Les injections nasales sont appelées à rendre d'incontestables services chez le nouveau-né dans le cas d'occlusion de la bouche, d'adhérences de la langue, de division du voile du palais, de bec-de-lièvre, de trismus, etc.

» M. Henriette préconise encore les injections nasales comme moyen d'administrer les préparations pharmaceutiques.

» Il en recommande l'emploi dans les empoisonnements et dans tous les cas, enfin, où l'on avait recours à la sonde œsophagienne.

» Votre commission a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

» 1° Les injections nasales constituent une ressource qu'on ne doit

pas négliger dans les cas d'alimentation difficile chez les nouveau-nés.

» 2° Elles donnent un moyen précieux pour l'introduction des substances médicamenteuses.

» 3° Le travail de M. Henriette mérite d'être honorablement accueilli dans la bibliothèque de la Société de chirurgie. Des remercîments seront adressés à l'auteur. »

M. Lallemant fait remarquer que c'est surtout dans les cas de bec-de-lièvre compliqué que le moyen préconisé par M. Henriette est appelé à rendre des services.

M. Guersant admet que les injections nasales pourraient aussi être d'une véritable utilité dans certains cas de spasmes de la glotte chez les jeunes enfants. Ces spasmes se réveillent surtout sous l'influence de l'ingestion des substances liquides, et ils peuvent acquérir une telle violence que, dans quelques cas, il y a menace d'asphyxie.

M. Chassaignac rappelle que M. Henriette se contente d'injecter les liquides à l'entrée des fosses nasales ; il ne peut donc empêcher les liquides, en arrivant dans le pharynx, de déterminer les spasmes de la glotte. Il faudrait, pour remplir le but signalé par M. Guersant, pousser l'injection profondément à l'aide d'une sonde.

M. Guersant serait cependant disposé à admettre que le liquide, arrivant sur la face postérieure du pharynx lorsque l'on pratique les injections, l'enfant étant couché sur le dos, pourrait bien glisser sur cette surface sans réveiller l'irritabilité de la glotte.

M. Deguise fils a remarqué, dans le résumé de M. Henriette, que cet auteur est disposé à proposer les injections nasales suivant son procédé dans tous les cas qui nécessitent l'emploi de la sonde œsophagienne.

Il ne saurait partager cette opinion quant aux aliénés, qui évidemment ne voudraient pas se prêter à subir les injections et qui ne manqueraient pas, si une partie du liquide injecté parvenait dans le pharynx, de la repousser immédiatement au dehors.

M. Chassaignac, en réponse à cette objection très fondée de M. Deguise, dit que le travail de M. Henriette a spécialement trait aux enfants nouveau-nés.

Cependant il ajoute que, d'après les expériences de l'auteur, il paraîtrait que, dès qu'un liquide injecté est arrivé dans le pharynx, il est presque constamment avalé malgré la résistance des malades.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. Lenoir prend ensuite la parole pour donner lecture du rapport suivant :

« Messieurs, le travail que vous a présenté M. Voillemier dans une

le bouillon par des potages, des jus de viandes, en un mot, par une nourriture plus substantielle.

» Jusqu'ici on n'a obtenu qu'un premier résultat ; celui de soutenir les forces du malade, d'entretenir sa vie et de permettre au chirurgien de choisir le moment qu'il jugera le plus favorable à l'application de l'entérotome ; mais quand celui-ci se déterminera à pratiquer cette opération même, il trouvera encore aux injections alimentaires d'autres avantages qui viendront concourir d'une manière puissante à la guérison de son malade : alors, en effet, il n'aura plus affaire à un intestin rétréci, si rétréci même, qu'on l'a comparé à un intestin de chat et que quelques chirurgiens ont prétendu qu'il était oblitéré ; loin de là, l'intestin aura conservé, à peu de chose près, son calibre normal, et, par suite, le patient n'aura plus à souffrir ces coliques quelquefois atroces, ces diarrhées épuisantes qui compliquent si souvent l'entérotomie dès que les matières alimentaires commencent à parcourir le bout inférieur de l'intestin. Aussi l'auteur du mémoire dont je vous présente cette courte analyse veut-il qu'à partir du moment où l'anus contre nature est établi, jusqu'à celui une opération vient à le fermer, les injections alimentaires soient employées dans le but de soutenir les forces du malade et dans celui d'assurer le succès de l'opération qui devra plus tard lui être pratiquée.

» Parmi les intéressantes considérations que M. Voillemier vous a présentées, il est un point très important du traitement de l'anus contre nature qu'il s'est contenté de signaler, et que nous aurions désiré lui voir traiter complétement. Les injections alimentaires, dit-il quelque part, permettront au chirurgien d'attendre la guérison spontanée de l'anus anormal et de n'opérer qu'alors que la nature aura fait tout ce qu'elle pouvait faire sans obtenir cette guérison ; ce n'est pas, ajoute-t-il, que je ne préfère dans quelques cas une opération avec toutes ses chances à certaines guérisons spontanées incomplètes et pleines de dangers.

» Nous aurions voulu qu'il indiquât d'une manière précise combien de temps il pensait que le chirurgien doit attendre avant d'opérer ; comment l'emploi continu des injections est compatible avec l'effacement de l'éperon, condition nécessaire de la guérison spontanée de l'anus anormal ; à quels signes, enfin, on peut reconnaître que cette guérison est vicieuse et pleine de périls. C'était là certainement un beau sujet à développer et qui eût été un complément heureux du travail qui vous a été présenté.

» Tout en signalant cette lacune, que l'expérience et le temps permettront sans doute à M. Voillemier de combler dans tous ses détails,

Grenet (Jean), âgé de trente-sept ans, palefr
constitution vigoureuse, fut apporté à Beaujon,
26 mars 1853.

Cet homme était atteint depuis quelque t
l'oreille, pour laquelle un médecin, parent de
ordonna l'application d'un vésicatoire à la régi
ques jours après, cet homme étant couché avec
érections continuelles depuis le vésicatoire, e
l'avis de son médecin, un rapport sexuel avec
se plaça sur lui, et par un faux mouvement pr
de son corps sur la verge, alors en violente
brusquement vers le périnée et la cuisse.

Une douleur vive et violente survint au mom
verge prit bientôt une couleur rouge-violacé. L
tard qu'il ne pouvait plus uriner. Le médecin
plus haut tenta le cathétérisme, mais ce fut en
leurs pas insister. Un écoulement considérable
l'urètre, suivi bientôt d'un peu d'urine ayant
ce fut le lendemain du jour de l'accident que
à l'hôpital. On constata alors l'état suivant :

Le 26 mars, le matin, la verge est le siége d'
dérable; elle est noire, déformée et d'une moll
puce est édœmatié, surtout à son extrémité inf
gland complétement; cependant il est assez faci
vert celui-ci, et on trouve alors que sa couleur es
a déjà une teinte légèrement violacée, et est un
rinée est le siége d'une ecchymose légère, et ce
région hypogastrique sont très douloureuses au t

M. Huguier introduisit immédiatement une son
connaître la lésion, mais l'instrument fut arrêté
tion périnéale de la verge, et une certaine quan
M. Huguier ne voulut pas aller plus loin; il diagn
de l'urètre, fit appliquer des compresses d'eau
parties lésées, et recommanda au malade de boire

Le soir, le scrotum est considérablement ecc
lourd, douloureux et d'un rouge violacé. L'ecchy
moins considérable. Le malade a rendu spontaném
teinte de sang. La soif est vive, la bouche est sèc
le pouls est fort et bat 120 fois par minute. Il exis
à l'hypogastre et aux régions iliaques; le pénis es

Le 27 (matin). Le malade n'a pas dormi et a é

virons de la ponction que j'ai pratiquée un p
tige du sac. Aujourd'hui il existe seulement
quée de la peau, que l'on peut rattacher à c
tumeur érectile cutanée.

Comment a pu se produire cette nouvelle
peut ainsi s'en rendre compte : on doit se rap
sentait la peau qui recouvrait l'anévrisme;
rattachée à une cause qui agit dans tous les
à la gêne de la circulation, qui fait développ
quelles, dans ce cas particulier, étaient surto
ciels. Après l'oblitération du sac anévrismal, c
nuant d'une manière notable, avait persisté.
donc à se faire, un peu exagérée, à travers le
et ce qui confirmait encore cette opinion, c'
que l'on observe ordinairement dans les cas d'o
sanguins par la ligature, il ne s'était pas formé
oblitéré, c'est-à-dire la partie inférieure du sac
voisine, puisque les pulsations ont toujours p
tenses entre le rebord orbitaire et la base de l'
les battements n'avaient pas complétement di
tion de l'artère au-dessus de la tumeur. N'est-i
mation du caillot oblitérateur a été empêchée
taire par le diverticulum que trouvait le sang
la peau? Maintenant viennent des conditions
sentées notre malade, c'est-à-dire un travail f
dent et des quintes de toux violentes et prolo
le raptus sanguin agissant sous l'influence de
parois des conduits trop déliés où il circule, t
à leur faire prendre un développement qui s
par une rougeur diffuse et par une turgescence
l'épaisseur du tégument? Ces causes continua
par se frayer des voies assez libres pour lui
par des espèces de chemins détournés, les vai
turellement. Cela nous permet même d'exp
qu'offrait notre malade. Ainsi, la tumeur, pl
après le repos de la nuit, diminuait après deux
vail; après, comme le disait Coutable, qu'il s'
le sommeil, la circulation ralentie n'ayant pl
chasser le sang à travers les conduits accident
en résultait une accumulation de ce liquide, u
sanguin de la partie. Après quelques heures

substituer, sinon dans tous les cas, au moins
bre, une autre méthode purement chimique

Je suivais depuis 1845, avec tout l'intérêt
tuelle, les applications que la galvano-punc
part des contrées de l'Europe. Je ne pouvais
méthode, par les soins délicats qu'elle deman
quente des appareils, et peut-être par une
du sang, manquait assez souvent le but dés
persévérants et éclairés, parmi lesquels je
(de Milan), avaient signalé, il est vrai, quelq
ter; mais il me semblait que, pour vulgaris
dans le traitement des anévrismes, les pré
insuffisantes, et que le procédé généralement

Préoccupé depuis longtemps de cette idée
réaliser, en supprimant l'intermédiaire des ai
du sang dans le sac anévrismal. Je fondais l
tative sur la propriété que possède l'électri
transport de certaines substances d'un pôle à
l'épaisseur des tissus.

J'imaginais qu'en plaçant sur la tumeur ar
imbibée d'une solution alcaline, facilement dé
compresse en contact avec l'un des pôles de l
électrode serait appliqué sur la partie opposé
rais le passage de l'un des éléments de la s
térieur du sac. Si cet élément était susceptib
mine du sang un composé insoluble, ce liqui
moins promptement.

J'instituai, d'après ces idées théoriques, l'e

Ayant rempli un tube de verre d'une solutio
les deux extrémités par un morceau de parc
suite appliqué sur chacune d'elles une compre

---

(1) Je suis disposé à croire qu'une diminution
chlorure de sodium dissous dans le sérum du sang
coagulable par le galvanisme. Je fonde d'abord cet
que l'on donne de la manière dont la dissociation
produite par le galvanisme amène la coagulation d
pôles, et ensuite sur des expériences par lesquelles
un peu de sel marin à une solution d'albumine on
la coagulation de celle-ci. Pourrait-on conclure de
dans une tumeur anévrismale d'une solution de se
ture plus efficace?

salines diverses, et mis les deux pôles de la pile en communication avec les bouts du tube, il me sembla que dans quelques cas des stries opaques s'étendaient peu à peu d'une extrémité du tube à l'autre, à travers la solution d'albumine.

En supposant que je ne me fisse pas illusion à cet égard, ce que je n'ose affirmer, ce résultat était loin de répondre à mes espérances, car il impliquait la nécessité d'un temps très long pour la solidification de l'albumine.

Je me décidai alors à varier le procédé par l'introduction d'une aiguille, servant d'*électrode*, à travers l'un des morceaux de parchemin. Cette fois, je vis un *coagulum* se former assez rapidement autour de ce corps étranger. Je ne pouvais douter que cet effet ne fût déterminé par le transport de l'un des éléments de la solution saline, car, si on substituait à celle-ci de l'eau pure, ce phénomène ne se produisait plus que d'une manière lente et peu prononcée.

Le procédé que je viens de décrire rentrait en partie dans celui de la *mono-acupuncture*, indiqué en 1847 par le docteur G. Strambio, et appliqué depuis, sans beaucoup de succès, je crois, par MM. Baumgarten et Wertheimber; mais il en différait par l'intervention d'un élément chimique, qui augmentait la *coagulabilité* de l'albumine sous l'influence du galvanisme. Je pouvais donc le regarder comme un perfectionnement *probable* de la galvano-puncture, puisque en supprimant une des aiguilles on évitait la cautérisation si fréquente des parois du sac, et on diminuait la chance de rencontrer un filet nerveux.

Un autre résultat, que j'appellerai providentiel, s'il est aussi généralement utile qu'on a lieu de l'espérer, devait être le fruit imprévu de mes recherches.

Durant le cours des expériences que je viens de rapporter, et qui avaient pour but, soit de supprimer l'acupuncture, en conservant le galvanisme, soit de réduire l'opération à l'introduction d'une seule aiguille, je remarquai avec quelle *instantanéité* l'une des substances que j'essayais, le *perchlorure de fer*, déterminait la *prise en masse* d'une solution d'albumine. Considérant en même temps que les *martiaux* sont en général inoffensifs pour l'insomnie, employés à dose médiocre, je me demandai si, au lieu de chercher à supprimer l'acupuncture dans le traitement des anévrismes, il ne serait pas plus avantageux de renoncer à l'emploi de l'électricité, en conservant la première pour introduire dans la cavité du sac un principe coagulant (1) aussi énergique que le perchlorure de fer. Je pensai aussitôt à

(1) On a dit que le perchlorure de fer ne déterminait point une véritable

réaliser cette idée au moyen du trocart exp
pour reconnaître la nature des liquides co
meurs. Mais ceux que l'on trouve ordinaire
d'instruments de chirurgie ne me paraissant p
l'occasion d'un voyage à Paris pour en faire
priés au but que je me proposais. M. Charr
mes vues à cet égard. Je me procurai en c
dont le piston était manœuvré au moyen d'un
jection s'opérât sans secousse d'une manière c
nagée à volonté d'une manière exacte.

J'étais dès lors en possession du matériel c
m'était nécessaire.

De retour à Lyon, j'essayai, assisté de mo
taux, de coaguler le sang dans la carotide d'un
était trop déliée pour permettre d'introduire fa
l'intérieur de son calibre sans perforer sa paro
échouâmes donc dans cette première expérien
leurs, aurait été fort peu concluant. Je me
mencer bientôt en opérant sur des animaux de
maladie assez grave vint interrompre le cours
auraient été peut-être ajournées indéfiniment
seur Lallemand dans ma maison, en contribua
n'eût ranimé en même temps mon ardeur scie

Lui ayant communiqué dans un de nos f
étaient pour moi une source intarissable d'ins
la chance probable de substituer aux moyens
des anévrismes une méthode plus simple, plus
loureuse, il m'encouragea à en reprendre l'ex
me prêter l'assistance de ses lumières et de s
nelle dans les expériences qu'il s'agissait de
avant de proposer pour l'homme cette nouvell

M. Pétrequin, invité à participer à nos essai
duire un anévrisme traumatique sur le trajet
mouton; mais son opération, répétée deux fo
qu'il en attendait. Un simple épanchement dil
le seul résultat de la ponction de chacune des

---

coagulation de l'albumine; on peut en dire autar
Alors l'impropriété de l'expression pour caractéri
reprochée à tous les chimistes. Le calorique seul s
de l'albumine, car seul il la solidifie sans lui ajo
rable.

du mouton que j'ai rapportée et l'observatio
champs prouvent que cette terminaison est p
tions propres à l'assurer est d'éviter d'introd
mal un excès du liquide coagulant.

Ce précepte deviendrait surtout d'une rigue
d'un anévrisme profond où une simple fissure
rait venir, non plus au dehors, mais au ded
liquide irritant.

Si j'avais à appliquer dans un cas de cette
thode, je n'injecterais d'abord que quatre ou
rure de fer. En effet, il ne s'agit pas ici d
cours impétueux du sang dans une artère volu
rotide d'un cheval. L'indication à remplir n'ét
je crois que, pour arriver à un heureux résult
dans la tumeur anévrismale un élément de so
noyau à l'agrégation de couches albumineuse
remarqué que, si on laisse tomber dans une s
seule goutte de perchlorure de fer concentré,
tour d'elle des espèces de *stalagmites* qui se
volume, et donnent un caillot solide dont le di
coup celui du calibre de l'artère la plus volumi
pourrait être entraîné hors du sac.

Si, au bout d'un certain temps, les batteme
vaient point cessé complétement, rien ne s'o
répétât l'injection, car la ponction par un troc
que j'ai indiqué, est une opération absolument

Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à
quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'emp
tilitre de sang à coaguler; je serais disposé à
dessous de cette limite; mais pour qu'elle p
l'opérateur, il convient d'indiquer à quel deg
être amenée la solution de perchlorure de fer.

C'est dans cette vue que je joins ici la descri
vre pour obtenir une liqueur toujours identiqu
marquant 46 degrés à l'aréomètre. Cette descr
l'un de nos pharmaciens chimistes les plus di
Buisson.

Je termine cette note, que je n'ai pas eu l
courte, en soumettant les idées qu'elle renferm
la Société de chirurgie, persuadé que, si la
prendre rang parmi les progrès de l'art de gué

cussion approfondie, comme toutes celles auxquelles se livre la Société, aura bien précisé les cas d'application et les moyens les plus rationnels de rendre cette application inoffensive, autant que le comporte la gravité des cas.

Agréez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération la plus distinguée. Ch. PRAVAZ, D.-M.-P.

Lyon, 2 mai 1853.

**Note de M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, sur la préparation du perchlorure de fer liquide considéré comme agent coagulateur du sang.**

On sait combien est grand le nombre de substances qui ont la propriété de précipiter l'albumine de ses dissolutions.

Presque tous les acides la précipitent en blanc ; l'acide acétique fait prendre en gelée les dissolutions concentrées d'albumine.

La strontiane, la baryte et la chaux forment avec l'albumine des précipités insolubles dans l'eau.

Presque tous les sels métalliques sont précipités par l'albumine, et le précipité blanc insoluble dans l'eau que forme cette substance avec le bi-chlorure de mercure est particulièrement connu. Parmi les autres métaux qui jouissent de cette propriété, il faut encore ajouter le sulfate de cuivre, mais plus particulièrement le *perchlorure de fer*.

Le chlorure ferrique possède, en effet, au plus haut degré la propriété de se combiner avec l'albumine instantanément et de former avec elle un précipité sous forme de *magma* consistant et insoluble, ainsi que vient de le constater M. le docteur Pravaz ; et chacun connaît aujourd'hui combien est importante l'application que cet habile praticien vient de faire de la solution aqueuse de ce sel pour coaguler instantanément le sang dans les artères, en vue de son emploi spécial pour la guérison des anévrismes chez l'homme.

Le perchlorure de fer réunit, en effet, toutes les qualités désirables (et même exclusives) pour remplir le but auquel M. le docteur Pravaz le destine si heureusement : pouvoir hémostatique puissant, innocuité parfaite, solubilité dans l'eau excessive ; — il ne restait donc plus qu'à chercher un mode de préparation qui permît d'obtenir ce sel toujours *très pur*, et sa solution aqueuse à une densité maximum *qui fût toujours et partout identique*, conditions indispensables pour atteindre le but que s'est proposé M. le docteur Pravaz, qui a bien voulu nous charger de ce dernier travail dont nous allons exposer les résultats :

cette ecchymose correspond à une déchirure vers la partie supérieure de la cloison et étendue, et établit une communication entre peut facilement faire passer un stylet d'un Cette déchirure mesure, du côté droit, un p deur; du côté gauche, on ne trouve aucune pour laisser passer un stylet. On remarque ques dans d'autres parties de l'organe. La m tricule gauche est la seule partie de la clo soit pas déchirée. A la partie antérieure de la déchirure se continuer jusqu'à la partie a ventricule droit. Du côté gauche, deux colon plétement déchirées. Les cavités du cœur normal; il en est de même du tissu musculai cardiaques sont sains.

Le cerveau est contus à sa surface : on re fosse moyenne gauche de la base du crâne; ture de la mâchoire inférieure et fracture con deux cuisses.

**Lectures.**

M. Mayor (de Genève) lit au nom de son fi nous transcrivons les titres :

1° *Kyste multiloculaire développé dans la choire inférieure;*

2° *Extirpation d'un goître développé au thyroïde.*

Ces deux observations sont renvoyées à l'c composée de MM. Maisonneuve, Huguier et l'

**Anatomie pathologiq**

M. Debout présente la carotide gauche d' de 15 gouttes de perchlorure de fer a été fait avril. Le cheval a été sacrifié le 1er mai. On tion assez vive dans l'étendue de 20 centimèt

M. Debout reviendra sur cette commun séance.

**Sur l'emploi du perchlorure de fer dan hémorrhagies.**

M. Marjolin annonce que dans deux cas i à l'emploi du perchlorure pour combattre d

tissu médullaire des os, et en particulier p
le nom de cellules médullaires à noyaux mul
même, dit M. Verneuil, une pièce de ce g
miste, et reconnaître la nature de leur con
a, du reste, signalé ce fait depuis longtemps
*Bulletins de la Société de biologie.*

Ces tumeurs ne sont pas susceptibles de g
ont leur point de départ sur la partie sailla
elles nécessitent l'ablation de la portion d'
indispensable d'enlever largement la portion
le cas présenté par M. Guersant, on pourr
rieur du maxillaire inférieur au niveau du
verticaux portant sur les parties saines, un
avec la scie de Heinne ou celle de M. Charr
circonscrire la portion osseuse envahie.

M. Gosselin partage l'opinion émise par
ture et sur le traitement de l'affection.

Il pense qu'on pourrait simplifier l'opérati
coup la partie de l'os malade à l'aide d'une

M. Forget propose aussi l'ablation largen
y a quinze ans environ, il a assisté à une op
tumeur d'apparence semblable sur un jeune
de la Corse. La tumeur, implantée de même
laire inférieur, offrait un peu plus de volume
double cisaille en rapport avec le volume de l
seul coup on put extirper et la tumeur et la p
sacrifiée.

L'enfant, lors de l'opération, était âgé de
mais eu de récidive, et jouit actuellement d'u

M. Lenoir a pratiqué, ces jours derniers,
semblable sur une femme; il s'est servi égale
simple confectionné par M. Luër, et d'un
l'opération.

Il y a quelques années, pareille opératio
enfant; seulement il a cautérisé après l'ab
récidive.

M. Giraldès, à propos de l'instrument em
qu'il ne faut pas le confondre, comme parais
rurgiens, avec la triquoise empruntée à la ch

— Après la lecture du procès-verbal, M. D

pour compléter les renseignements sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance.

Les expériences tentées avec le perchlorure de fer, dit M. Debout, prouvent déjà qu'on peut suspendre un instant ces essais des divers liquides coagulants, jusqu'à ce qu'on ait réglé le mode d'emploi de celui recommandé à notre étude par MM. Pravaz et Lallemand. Les règles tracées par ces savants chirurgiens reposaient cependant sur un trop petit nombre de faits pour qu'il ne fût pas utile de multiplier encore les expériences. Celles produites par M. Pravaz montraient la possibilité de la coagulation du sang par le perchlorure, indiquaient la quantité approximative du sel de fer pour obtenir la production du phénomène ; mais elles laissaient encore un doute important à lever, la dose à laquelle on pouvait arriver sans provoquer d'accidents inflammatoires. C'était aux expériences sur les animaux qu'on pouvait seulement demander la preuve de l'agression du perchlorure de fer sur les parois artérielles. Ce point, j'ai cherché à le déterminer à mon tour. Déjà, dans ma dernière note, j'ai signalé les résultats immédiats de l'action topique du liquide coagulant ; mais l'astriction des parois artérielles n'est point le seul effet déterminé par le perchlorure de fer, des accidents inflammatoires peuvent survenir lorsque la quantité de la solution saline est un peu considérable. La pièce pathologique que je vous ai soumise en donne la preuve évidente : j'avais injecté dans la carotide que vous avez pu examiner 15 gouttes de perchlorure de fer.

Si ce n'était point dépasser les limites que doit m'imposer la faible valeur de la communication que je fais en ce moment, je rapporterais les détails de cette expérience.

En comparant les résultats qu'elle m'a fournis avec ceux signalés par M. Pravaz, il en ressortirait plusieurs enseignements dignes d'être mis en relief ; mais la note de notre savant correspondant en a signalé les plus importants en insistant sur la faible dose qu'on doit injecter dans les artères, sous peine de voir survenir des accidents. Ce danger a porté M. Pravaz à engager les expérimentateurs à rester au-dessous de la dose de trois gouttes pour chaque centilitre de sang à coaguler qu'il avait d'abord conseillé. Mais pour obtenir les bons résultats qu'il promet, il sera nécessaire d'avoir recours à un moyen adjuvant dont on n'a tenu aucun compte dans la discussion ; ce moyen, c'est la compression. Vouloir se priver de son secours, serait compromettre le succès de la nouvelle méthode.

Nous croyons avoir prouvé que le problème de la cure des anévrismes ne saurait être réduit à la production d'un caillot dans l'intérieur

*phrodisiaque, c'est-à-dire l'huile essentielle, on fait triturer le lupulin avec un peu de sucre blanc.*

» *C'est à ce mode de préparation du lupulin que sont dues les doses moins élevées que l'on trouve mises en usage dans nos observations. 1 ou 2 grammes nous ont toujours suffi.* Ce n'est pas que nous redoutions les hautes doses de cette substance, et nous ne saurions accepter les craintes exprimées par M. Barbier, de voir des accidents survenir du côté du cerveau et de la moelle à la suite de son emploi. 4 grammes, pris d'une seule fois, n'ont provoqué sur nous qu'une sensation de chaleur assez vive de la région épigastrique. Nous avons vu, en outre, MM. Puche et Ricord administrer, plusieurs jours de suite, le lupulin à la dose de 6, 8, 10 et 12 grammes, sans être témoins des engourdissements pénibles et de la pesanteur de tête que M. Barbier dit suivre l'ingestion de 24 grains de lupulin. Probablement cet auteur a rapporté aux effets du médicament des symptômes appartenant à la maladie dont les sujets de son expérimentation étaient atteints. »

### Correspondance manuscrite.

M. Cullerier demande un congé de deux mois, pour des motifs de santé.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé : *Controverse à propos d'une fracture très oblique du fémur.*

Ce travail est renvoyé à une commission déjà nommée pour examiner une première communication de M. Cazenave. Cette commission est composée de MM. Houel, Robert et Monod.

— M. Boinet dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. Foucauld, comme complément de la première communication relative aux applications de l'irrigation continue.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Boinet.)

### Nomination.

A la suite d'un rapport de M. Michon, M. Hervez de Chégoin, qui avait sollicité le titre de membre honoraire, est nommé par acclamation.

### Rapport.

M. Richet donne lecture du rapport suivant :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Larrey, Monod et moi, de vous rendre compte d'une observation qui vous a été adressée par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), intitulée : *Otite purulente interne droite. — Abcès consécutif développé à la région mastoïdienne du*

espaces intercostaux offraient enfin des alternatives d'aplatissement et de voussure, selon les mouvements d'inspiration et d'expiration.

» La plaie ne put être réunie que dans son angle supérieur à l'aide de quelques points de suture, et le reste fut rapproché, sans contact, par des bandelettes emplastiques. Un appareil simple compléta le pansement. Nul accident n'est survenu après l'opération ; la réaction fébrile a été à peine marquée ; la suppuration s'est établie, et tout fait espérer une cicatrisation nouvelle qui sera peut-être définitive.

» Quant à la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société, elle représente, comparativement à la tumeur enlevée la première fois, une masse beaucoup plus considérable, pesant 2 kilogrammes 300 grammes, sans compter quelques portions isolées. Elle est formée d'une substance molle, ou matière amorphe, friable, et de couleur vitreuse, comme de la gélatine. Ce tissu, d'apparence colloïde, semble composé de cellules accolées entre elles et disposées en plusieurs lobules que séparent des cloisons incomplètes d'une texture fibreuse assez mince. L'examen microscopique, fait par M. Houel, lui a permis de constater dans le suc gélatiniforme et dans la masse elle-même, un grand nombre de globules fibro-plastiques allongés ou arrondis, avec des granules très nombreux et quelques éléments celluleux ; mais dans aucun point de la tumeur nulle trace de l'élément cancéreux. »

M. Larrey destine cette pièce, ainsi que l'autre, au musée Dupuytren.

*Le vice-secrétaire*, E. Laborie.

*Séance du 18 mai 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malade.**

M. Billois, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Monod un homme, âgé de trente ans, qui est affecté d'un spina bifida. Nous transcrivons les détails principaux de cette observation.

Ce malade, d'une assez bonne constitution en apparence, n'a jamais eu d'affections aiguës graves : il a contracté à diverses époques plusieurs blennorrhagies.

Depuis trois mois environ, il est survenu des troubles notables dans les fonctions de la génération, de la miction et de la défécation.

Il éprouve des pollutions nocturnes. Tantôt elles surviennent sans que le malade en ait la sensation ou bien elles se produisent pendant

tiers encore peu nombreux dans la science. Afin d'intéresser davantage ce travail, je crois devoir joindre à ce rapport un extrait assez complet de l'observation.

En voici le résumé :

Un jeune homme de dix-huit ans, exerçant la profession de tireur de sable, se laissa tomber dans une marnière, d'environ 70 pieds de haut. Retiré immédiatement, il fut apporté à l'hôpital d'Harcourt, le dimanche 1er août 1852.

A son entrée, on reconnut :

1° Une fracture du cubitus à deux travers de doigt de l'articulation cubito-carpienne, avec plaie;

2° Une luxation en avant des deux os de l'avant-bras.

Une tuméfaction considérable de couleur rouge-brun occupait la main et l'avant-bras; de larges ecchymoses violacées s'étendaient sur la partie interne du bras; la température de ces parties était peu élevée. Le membre supérieur du côté opposé ainsi que la tête présentaient des contusions et quelques déchirures sans gravité. Le pouls était à 90, et le cerveau ne paraissait avoir subi aucune atteinte de cette terrible secousse. — De nombreuses sangsues furent appliquées sur le bras malade, et une petite saignée fut pratiquée.

Le lendemain, des signes de sphacèle parurent à la main et à l'avant-bras; la température de ces parties s'était mise en équilibre avec l'air, et contrastait d'une manière remarquable avec l'ardeur inflammatoire du bras. Une forte odeur de gangrène s'exhalait du membre. Lorsque la gangrène fut limitée, huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'amputation du bras fut pratiquée par M. Dupont, à peu de distance de la tête humérale, par un procédé mixte, assez incomplétement décrit dans l'observation, et qui m'a paru se rapprocher de la méthode employée par Larrey pour la désarticulation scapulo-humérale. L'os fut scié à peu près au niveau de son col chirurgical; l'artère humérale était oblitérée au niveau de la section des parties molles. Le malade a guéri assez rapidement.

A l'examen du membre, on observe les désordres brièvement indiqués dans l'observation, et de plus une fracture longitudinale du radius, qui avait été signalée par le docteur Chambellan. Cette fracture du radius se divise verticalement de bas en haut en deux moitiés latérales, interne et externe, à peu près égales; elle commence en bas à la surface articulaire inférieure, et remonte sur la diaphyse, jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen; son écartement, assez considérable inférieurement, est de 3 millimètres.

Deux faits dans cette observation ont particulièrement attiré l'atten-

1775 (ouvrage publié à Toulouse), cite l'exemple d'une fissure longitudinale du tibia par un coup de marteau.

Aujourd'hui l'existence de ces fractures est bien constatée, et a été observée et décrite sur la plupart des os longs. Néanmoins, Sanson, dans le *Dictionnaire de Médecine pratique*, article publié en 1832, la nie encore, sous prétexte que les fractures longitudinales des os sont des fractures obliques. Mais c'est une question qui, vu les faits nombreux et authentiques que nous possédons, ne peut être mise en doute. MM. Malgaigne et Bouisson, indépendamment des faits déjà cités, rapportent les exemples suivants : M. Jules Cloquet, à Saint-Louis, a eu l'occasion d'observer deux cas de fracture longitudinale du fémur ; Campaignac, du tibia, sur une femme âgée de trente-huit ans, et occasionnée par une chute ; Répault, une fracture longitudinale de l'humérus, sur un enfant de onze ans ; M. Debrou, une fracture longitudinale du fémur par un coup de bâton (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. 1er, p. 39). Chaussier citait dans ses leçons l'histoire d'un criminel auquel on avait fait subir la torture, et à l'autopsie on trouva au quart supérieur du cubitus une fracture linéaire (homme de quarante ans). M. Bouisson cite encore dans son travail le fait de Réné (mai 1835). Coup de couteau porté dans la cinquième côte ; perforation consécutive et fêlure parallèle à son axe. Une fracture longitudinale du second métacarpien par écrasement ; enfin une fracture longitudinale du fémur (homme de vingt et un ans).

Nous retrouvons encore dans l'*Union Médicale* deux faits. Le premier est du 22 octobre 1851, et rapporté par le docteur Celerier, médecin à Brames (Gironde) ; c'est un exemple de fracture longitudinale de la partie inférieure du tibia sur un homme de soixante-quinze ans : une barrique de vidange lui était tombée sur la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le deuxième fait est rapporté par M. Laforgue, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, avec dessin. Il existe sur cette pièce une fracture transversale au tiers inférieur du tibia, et le fragment inférieur est longitudinalement divisé à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Enfin, les musées contiennent aujourd'hui quelques pièces relatives à ces fissures longitudinales. M. Malgaigne a publié dans son atlas une pièce déposée au Val-de-Grâce par M. Fleury ; c'est un fémur ; il existe une fissure longitudinale très étendue. Dans le catalogue de M. Ehrmann on trouve la description d'une fracture longitudinale du fémur, déposée dans le musée de Strasbourg. Dans le musée Dupuytren il existe deux exemples de ces fissures ; à savoir, la pièce n° 91 *a* et le n° 221. La première pièce, n° 91 *a*, est relative à une fissure longitudinale du radius,

indiqué déjà que les ganglions lymphatiques sont susceptibles de dégénérer en tumeurs squirrheuses et autres. Voilà pour la formation probable de celle-ci.

Pour ce qui est de son développement, de son volume et de ses rapports, elle paraît en effet s'étendre jusqu'au niveau des vertèbres, et même y adhérer. Mais on peut croire que ces adhérences ne sont pas intimes, et que ce sont plutôt des lobules ou des prolongements de la tumeur vers le rachis. Elle tend ainsi à envahir de plus en plus toute la région correspondante du cou, et à entraîner la mort par compression et asphyxie, ou par dégénérescence, et tous les accidents qui en dépendent.

M. Huguier répète qu'il a présenté son malade surtout pour prendre conseil sur la conduite à tenir. Il est effrayé d'une opération en raison du volume et des adhérences de la tumeur, qui doit englober partie ou totalité du plexus cervical.

M. Lenoir n'oserait aussi entreprendre une opération. La tumeur est profondément située, et l'on ne pourrait l'enlever que par des tractions exercées sur elle; en outre, on devrait craindre un accident terrible arrivé à Dupuytren précisément dans un cas analogue, à savoir, l'introduction de l'air dans les veines. Il est évident que la tumeur du malade de M. Huguier repose sur la colonne vertébrale et y adhère; on ne peut prévoir la nature de ses connexions avec les vaisseaux et les nerfs. L'abstention me paraît donc indiquée, dit en terminant M. Lenoir.

M. Huguier répond que, quant à présent, il est loin d'être décidé à opérer; cependant les rapports de la tumeur sont tels, qu'il ne peut avoir la crainte de voir de l'air s'introduire dans les veines. Elle est, en effet, située à une assez grande distance de la clavicule; celle opérée par Dupuytren, au contraire, était très proche de cet os.

M. Larrey, en ce qui concerne la conduite à tenir, exprime avec réserve une opinion plutôt favorable que contraire à l'opération. Il en reconnaît toutes les difficultés d'exécution et toutes les chances d'accidents, même l'entrée de l'air dans les veines, dont il a signalé quelques exemples dans son mémoire; mais il ne doute pas que la tumeur abandonnée à elle-même ne doive avoir une terminaison funeste. C'est pourquoi l'extirpation lui semble devoir être tentée avec toute la prudence que commande une opération aussi grave, d'après les résultats heureusement obtenus dans des cas aussi compliqués.

M. Boinet a eu l'occasion, il y a une dizaine d'années, d'opérer une tumeur presque aussi volumineuse, occupant à peu près la même région; elle paraissait formée de ganglions dégénérés. L'opération fut

très compliquée ; les aides, peu expérimentés, la rendirent encore plus difficile. Une artère assez volumineuse fut ouverte ; on crut d'abord à une lésion de la carotide, mais il n'en était rien. Quand ce vaisseau eut été lié à grand'peine, M. Boinet, n'osant poursuivre l'ablation totale de la tumeur, se contenta de l'étreindre fortement à sa base à l'aide d'une bonne ligature. La suppuration qui s'établit ensuite détergea complétement la plaie, et le malade guérit sans récidive. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, laisser également une partie de la tumeur, que l'on entourerait aussi près que possible de sa base avec une ligature ?

**Correspondance manuscrite.**

M. Giraldès dépose sur le bureau deux paquets cachetés.

**Correspondance imprimée.**

La Société reçoit :

1° Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure ;*

2° *Association medical journal*, may 20.

— M. Denonvilliers communique le rapport suivant :

**Rapport sur les titres de M. Michaux, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'université de Louvain, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, candidat au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.**

Messieurs, les titres envoyés par M. Michaux (de Louvain) à l'appui de sa candidature sont nombreux, importants et déjà connus de la plupart de vous, puisqu'ils consistent en travaux imprimés extraits des *Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique*. Cette dernière circonstance me dispensera d'entrer dans de trop longs détails.

Les brochures dont la Société nous a confié l'examen sont au nombre de neuf.

1° La première contient deux observations intéressantes de hernie : l'une, dans laquelle l'affection principale était compliquée d'un accident peu ordinaire, d'un abcès du sac ; l'autre, remarquable par cette circonstance, qu'il existait à la fois deux hernies, l'une épiploïque et l'autre intestinale, contenues chacune dans un sac séparé.

2° La seconde consiste en une note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur, note dans laquelle nous avons vu avec plaisir confirmés par les observations personnelles de l'auteur les résultats four-

nis par l'examen des pièces du musée Dupuytren, et signalés depuis longtemps déjà à l'attention du public par notre rapporteur.

3° La troisième contient la relation de l'extirpation d'une tumeur parotidienne pesant 1,100 grammes, opération accomplie avec hardiesse, couronnée de succès, et dont l'auteur a fait suivre le récit de réflexions judicieuses.

4° La quatrième a pour objet l'ablation heureuse d'un lipome engagé entre l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, et s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à une petite distance de la clavicule.

5° Dans la cinquième, M. Michaux rapporte une belle observation de déchirure de la portion prostatique de l'urètre et du col de la vessie, qui fut suivie d'inflammation, de suppuration, et de rétrécissement si étroit que toute tentative de cathétérisme fut infructueuse. La vie du malade fut sauvegardée, et plus tard la guérison définitive obtenue par l'opération de la boutonnière, le débridement multiple des tissus indurés, le pansement avec des mèches volumineuses et l'introduction des sondes de Mayor dans l'urètre.

6° et 7°. Les sixième et septième traitent d'une affection encore peu connue (l'hématocèle, ou kyste sanguin du col), dont l'auteur cite cinq observations, en essayant d'en déterminer le siége, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

8° La huitième est destinée à faire connaître une anomalie très rare de l'artère épigastrique, qui se détachait avec l'obturatrice d'un tronc commun fourni par l'artère hypogastrique, et montait immédiatement derrière le ligament de Gimbernat, disposition qui eût exposé le sujet à une hémorrhagie fâcheuse dans le cas où, à l'occasion d'une hernie crurale, le débridement eût été pratiqué au côté interne, suivant les règles adoptées par beaucoup de chirurgiens.

9° La neuvième brochure présentée par M. Michaux est plus étendue et plus importante que les précédentes : c'est une sorte de petit traité des résections de la mâchoire supérieure, qui a d'autant plus d'intérêt pour nous que les questions qui y sont traitées ont été plus d'une fois déjà soulevées et agitées dans le sein de la Société.

Dans cet ouvrage, rédigé avec beaucoup de clarté et riche de faits, M. Michaux établit que les résections de la mâchoire supérieure sont indiquées dans deux conditions bien différentes :

1° Pour les maladies propres de cette partie :

2° Pour les maladies qui lui sont étrangères, spécialement pour les polypes naso-pharyngiens.

Examinant ensuite les médications particulières à ce dernier genre

de maladie, il arrive à cette conclusion, qu'il y a dans les faits trop de variété pour qu'on arrête un plan uniforme d'opération, et que, parmi les polypes, quelques-uns, ceux dont le lieu d'implantation est unique, assez circonscrit, accessible, et dont la forme est assez régulière et le volume médiocre, peuvent et doivent être attaqués et enlevés à l'aide de résections partielles, tandis que d'autres, placés dans des conditions différentes, implantés sur des surfaces étendues par des points d'insertion profonds, forts et multipliés, poussant des prolongements dans les cavités voisines, formés par des tissus de mauvaise nature, nécessitent l'extirpation totale du maxillaire supérieur, afin que, d'une part, on puisse atteindre et poursuivre tous leurs embranchements, et que, d'une autre part, on arrive facilement à détruire complétement leurs racines, c'est-à-dire leurs points d'implantation, et le périoste même sur lequel ils ont pris naissance.

Après avoir ainsi établi les médications dans une première partie de son opuscule, M. Michaux consacre un second chapitre à la médecine opératoire proprement dite, et se livre à un examen comparatif des méthodes et des procédés opératoires suivis dans les divers cas d'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire supérieur, examen qui nous a paru fait avec une grande connaissance du sujet, ainsi qu'avec un esprit remarquable d'impartialité.

Enfin, l'auteur termine par un relevé fort instructif de tous les cas dans lesquels il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur en totalité. Ces cas sont au nombre de quinze. Sept malades ont succombé : un seul par le fait de l'opération, avec des accidents d'infection purulente; les six autres par suite de récidives survenues plus ou moins longtemps après l'opération. Huit malades vivent encore aujourd'hui, et les guérisons datent pour deux de un an quatre et sept mois; pour deux autres de cinq ans trois mois et huit ans deux mois; pour deux autres encore de neuf ans huit mois; pour deux autres enfin, de près de treize ans.

La plupart des résections partielles ont aussi été suivies d'une guérison durable, résultat que l'auteur attribue à une excision large, suivie de la rugination et de l'application énergique du cautère actuel.

L'analyse rapide qui vient de vous être présentée suffit sans doute, messieurs, pour vous faire comprendre la valeur des titres de M. Michaux. Membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'université de Louvain, chirurgien de l'hôpital civil de cette ville, notre confrère est parfaitement placé pour exercer son esprit observateur et son génie chirurgical. Les occasions ne lui ont pas manqué, et il n'a pas manqué

aux occasions; c'est un chirurgien à la fois hardi et prudent. Le premier il a pratiqué en Belgique, dans le courant de l'année 1840, la résection du maxillaire supérieur; son nom s'est attaché déjà à plusieurs questions chirurgicales, et sa réputation s'est étendue dans le monde scientifique au delà des bornes de sa patrie. En conséquence, votre commission est d'avis de faire une réponse favorable à M. Michaux, et elle a l'honneur de vous proposer :

1° De le remercier de l'envoi qu'il nous a fait de plusieurs de ses productions;

2° De lui accorder le titre de correspondant étranger de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont adoptées; en conséquence, M. Michaux est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

### Lectures.

M. Ferdinand Martin donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du traitement des fractures du fémur*. (Commisssaires : MM. Chassaignac, Monod, Lenoir, Robert et Denonvilliers.)

M. Lambron lit aussi un mémoire sur le traitement des fractures du fémur. (Commissaires : MM. Lenoir, Danyau, Richet.)

### COMMUNICATION.

### Fistules intestinales.

M. Chassaignac fait connaître à la Société quelques résultats des injections iodées dans le traitement des fistules intestinales. Deux malades ont été soumis à l'emploi de ce moyen.

Le premier est un homme de cinquante-deux ans atteint de fistule du côlon transverse à la suite d'une perforation de cet intestin dans une hernie sus-ombilicale étranglée. Ce malade paraît être en voie de guérison; toutefois, à la suite de chacune des injections faites avec la teinture d'iode et retenues dans l'intérieur du trajet fistuleux, il a éprouvé quelques accidents, mais sans gravité.

L'autre malade, qui a succombé par le fait d'une péritonite, avait une fistule du duodénum, dont le siége précis n'avait pas été diagnostiqué, quoiqu'il eût été parfaitement reconnu qu'elle dépendait de l'intestin grêle. Le caractère des excrétions dans l'un et l'autre cas ne laisse pas le moindre doute sur la question de savoir si c'est à l'intestin grêle ou au gros intestin qu'aboutit la fistule; mais il ne saurait suffire pour préciser dans chaque intestin le point même de la perforation.

Ayant à mettre sous les yeux de la Société les pièces anatomiques

malade accusait-elle un sentiment de malaise et d'oppression qui la détermina à solliciter l'opération.

Malgré l'existence de plusieurs autres petites tumeurs graisseuses sur d'autres parties du corps de la malade, je fis l'opération sans voir dans cette sorte de diathèse lipomateuse une contre-indication qui s'y opposât.

L'opération fut simple. Je fis une longue incision en T ; deux vastes lambeaux furent disséqués ; et, sauf quelques adhérences avec le muscle grand oblique, qui fixaient la tumeur par sa face profonde, aucun obstacle ne s'opposa à son extirpation.

Je réunis les lambeaux par quinze points de suture. Il y a aujourd'hui quatre jours que l'opération a été faite ; la réunion des lambeaux entre eux est complète dans toute leur étendue ; le fond de la plaie seul reste le siége d'une sécrétion séro-sanguine qui diminue chaque jour. Si aucune complication ne survient, la guérison me paraît assurée.

*Le vice-secrétaire de la Société*, A. Laborie.

*Séance du 1er juin 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malades.**

M. Guersant présente une jeune fille sur laquelle M. Huguier avait déjà fixé l'attention de la Société. Cette malade, actuellement guérie, portait dans la région hépatique une tumeur que l'on crut fluctuante. M. Guersant ayant pensé qu'il s'agissait d'une tumeur solide, a prescrit un traitement ioduré interne et externe, qui a été suivi d'un plein succès.

M. Guersant présente en outre une autre petite malade qui est atteinte d'une affection tout à fait semblable ; il se propose de suivre le même traitement.

**Correspondance imprimée.**

La Société reçoit :

1° Une brochure de M. Lambron intitulée : *Etudes sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre;*

2° Un numéro du recueil allemand intitulé : *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, X Jahrgang 1853, zweiter band oder achtunddreissigster band des ganzen folge, mit emer kupfertalel. Prague.

Obs. II. — *Polype du rectum chez un enfant de deux ans.*

Chez cet enfant, âgé de deux ans, fort, bien constitué, et qui n'avait jamais rendu de sang dans les garde-robes, M. Dufresse trouva l'anus bouché par une petite tumeur grosse comme une noisette, violacée, et d'une consistance qui ne permettait pas de la confondre avec un bourrelet formé par la membrane muqueuse. En exerçant quelques tractions sur elle pour voir d'où elle venait et où elle adhérait, M. Dufresse vit son pédicule se rompre juste à son niveau avec la tumeur, qui se détacha comme un fruit mûr. Au moment où elle fut séparée de son pédicule, il s'écoula un peu de sang. Depuis ce moment l'enfant n'a présenté aucun accident.

Quelle était la nature de ces deux polypes? D'après la description assez détaillée qu'en a donnée l'auteur, il est vraisemblable que l'un et l'autre appartenaient à la variété de ces tumeurs qui ont été décrites sous le nom de polypes charnus, d'abord par M. Gigon (d'Angoulême), dans un excellent mémoire qui fut l'objet d'un très bon rapport, lu à l'Académie de médecine en 1849 par M. Hervez de Chégoin, et un peu plus tard par M. Bourgeois (d'Etampes), dans un travail inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique.*

« Encore attaché à son pédicule, dit M. Dufresse, le polype (du jeune » garçon de quatorze ans) était d'une consistance assez ferme, pouvait » supporter une assez forte pression sans s'écraser; il était composé » de lobes inégaux, séparés les uns des autres par du tissu cellulaire, » ce qui donnait à sa surface un aspect bosselé et inégal; son tissu, de » consistance et d'aspect charnus, était couleur rose très clair. » Le pédicule paraissait de même nature : dense, susceptible d'une assez grande résistance, il offrait à son centre un trou dans lequel on aurait pu faire pénétrer une aiguille fine. Ce trou parut à l'auteur, et nous ne voyons pas de raison de rejeter sa manière de voir, l'orifice du vaisseau nourricier qui conduisait le sang à la tumeur.

Chez le petit malade âgé de deux ans, le polype était d'un tissu plus mou, plus friable; il offrait une coloration d'un rouge plus foncé, et, pour me servir du langage de l'auteur, il était *gorgé de sang;* sa forme était celle d'un champignon; le pédicule s'insérait au centre de sa face concave; la face convexe, comme cela a été noté dans l'observation, présentait des inégalités dues à l'existence de plusieurs lobes distincts, séparés par de petits sillons.

Contrairement à l'assertion de M. Gigon, qui compare ces polypes charnus à une cerise dépouillée de son épiderme, et qui attribue le suintement sanguinolent qu'ils déterminent à l'absence de l'épithélium

*général de thérapeutique*, et enfin d'un fait identique observé par le docteur Pousin (de la Charente-Inférieure), et qui se trouve consigné dans le même recueil. Les polypes observés et décrits par M. Stoltz sont de nature muqueuse, formés, comme il le dit lui-même, par la *membrane muqueuse étranglée, boursouflée;* si bien qu'on serait tenté, en lisant la description qu'il en donne, de voir dans ces tumeurs des exemples de procidence partielle et circonscrite de la muqueuse intestinale, plutôt que de véritables polypes.

La diversité, au surplus, de ces productions pathologiques est la conséquence de la variété des éléments anatomiques qui entrent dans la structure du rectum, celles-ci étant dues à l'hypertrophie, soit générale, soit partielle, de ces derniers. Ainsi, en considérant avec attention les observations nombreuses qui depuis quelques années ont figuré dans les recueils périodiques, on verra que la plupart des polypes décrits par les auteurs classiques peuvent prendre naissance dans le rectum.

Ce sont, en procédant du simple au composé :

1° Des polypes muqueux, produit de l'hypertrophie des couches superficielles de la membrane muqueuse, ayant toujours une implantation circonscrite et peu profonde, et se reproduisant rarement après qu'ils ont été arrachés.

D'après les recherches auxquelles s'est livré notre collègue M. Verneuil, ces polypes sont peu vasculaires ; ils offrent un épithélium à leur surface, puis une trame sans structure régulière, manifeste, à peine y trouve-t-on quelques fibres de tissu cellulaire au milieu d'une masse de tissu amorphe.

2° Des polypes charnus, sarcomateux, vasculaires, toutes dénominations qui s'expliquent par la prédominance de tel élément sur tel autre ; polypes provenant de l'hypertrophie de toute l'épaisseur de la membrane muqueuse avec ses vaisseaux et ses glandes. Tissu cellulaire, vaisseaux nombreux, tissu fibroïde ou élément fibro-plastique, couche épithéliale à la surface, telles sont les diverses parties qui constituent ces polypes.

C'est à ces deux variétés, et notamment à la dernière, que nous semblent se rapporter les deux observations que vous a adressées M. Dufresse, comme aussi, pour la plupart, celles de MM. Gigon et Bourgeois que j'ai rappelées plus haut.

3° Des polypes kystiques dus à une hypertrophie glandulaire. Les follicules de l'intestin s'oblitèrent, se transforment ainsi en kystes qui, en prenant de l'accroissement, se pédiculisent. Ces polypes sont le plus souvent multiples.

plusieurs petites cavités remplies de sang. Ce corps fibreux était placé sous la membrane muqueuse du rectum, qu'il paraissait avoir refoulée au-devant de lui ; de sorte que le prolongement de celle-ci, qui formait le pédicule, ressemblait assez bien à un doigt de gant plissé dans le sens de sa longueur, et dans lequel on eût introduit un corps étranger de forme arrondie. Le corps fibreux adhérait intimement à la membrane muqueuse par son extrémité la plus déclive ; dans le reste de son étendue, il s'y rattachait au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche.

— Cette observation terminera ce que j'avais à dire de la nature et du développement des polypes du rectum. Je n'ai pas eu la prétention d'en écrire l'histoire complète ; j'ai voulu seulement grouper les faits que l'observation a recueillis jusqu'à ce jour, appeler l'attention sur les diverses formes sous lesquelles ils se sont présentés, dans la pensée qu'avec les éléments que nous possédons il serait possible de donner de ces productions morbides une classification plus rigoureuse, plus anatomique, et par conséquent d'en mieux assurer le pronostic et le traitement.

Quant aux détails que ce dernier comporte, je ne puis m'y arrêter en ce moment. Je n'insisterai donc pas sur les indications particulières qui découlent de la nature propre à chacune des tumeurs que j'ai énumérées ; un praticien exercé les saisira sans peine. Je me bornerai seulement à rappeler que, quelle que soit la variété de texture de ces différents polypes, ils offrent tous un caractère commun plus ou moins prononcé et propre à les différencier des polypes des autres cavités, caractère qui dérive de la disposition de l'organe où ils ont pris naissance, et qui est d'être éminemment vasculaire ; et, sous ce rapport, ces tumeurs rentrent sous l'empire d'une loi générale de pathogénie qui veut que les productions morbides participent des qualités anatomiques et vitales des organes au sein desquels ils se développent. Cette considération a une importance majeure, en ce qu'elle influe directement sur le choix des méthodes de traitement à mettre en usage.

Là, comme pour les autres polypes, trois moyens peuvent être tentés : la cautérisation, l'excision et la ligature.

Avec M. Velpeau (voir *Gazette des Hôpitaux*, août 1847), nous pensons que la cautérisation est un mauvais moyen, parce qu'il est difficile de limiter l'action du caustique au pédicule de la tumeur et d'empêcher qu'elle ne s'étende loin sur la paroi du rectum. L'excision serait, sans contredit, plus expéditive ; mais cette opération, pour les raisons de structure que nous avons indiquées, n'est guère applicable aux polypes du rectum. Il ne reste donc plus que la ligature ; c'est en

Les symptômes déterminés par la présence de cette affection en imposent souvent aux parents et même aux médecins. Plusieurs fois on a présenté à M. Guersant des petits malades qui offraient ce genre de tumeur et que l'on croyait atteints de dyssenterie. La guérison est constante après l'opération ; il n'y a pas de récidive.

M. Robert, à propos de la communication de M. Dufresse relative à une observation de kyste du sein, approuve la réserve de M. Forget, qui n'a pas voulu se prononcer sur la nature de ce kyste. On trouve quelquefois ces kystes d'apparence bénigne compliqués de cancer.

J'ai vu il y a dix ans, dit M. Robert, une malade qui présentait aussi une tumeur du sein, que je reconnus être formée par un kyste. Depuis dix ans, il existait dans l'aisselle un ganglion engorgé, indolore, que j'attribuais aux fatigues de plusieurs allaitements.

Je me décidai à inciser largement le kyste ; il sortit de la sérosité limpide, citrine. Je voulus faire suppurer ; la suppuration qui se fit était fétide. Je cautérisai : rien ne put faire cicatriser la plaie ; il se forma des indurations, il y eut des douleurs lancinantes ; j'enlevai le tout, et on reconnut qu'il existait des cellules cancéreuses dans les parois du kyste.

J'étais inquiet sur ce qui arriverait vers le ganglion axillaire ; la plaie se cicatrisa bien ; mais, comme je le craignais, le cancer se montra dans l'aisselle, et trois fois je dus attaquer des récidives. Enfin, la malade mourut.

Il y a deux ans, M. Cruveilhier donnait ses soins à une vieille gouvernante qui portait une tumeur du sein prétendue fibreuse : c'était encore un kyste ; ce kyste s'ouvrit seul. M. Cruveilhier m'envoya la malade. L'ouverture était restée fistuleuse, le trajet saignait facilement. Je voulus, pour amener la guérison, ouvrir largement et faire suppurer. Comme dans le cas précédent, nous eûmes suppuration fétide, indurations, etc. J'enlevai la totalité du sein : on reconnut aussi des cellules cancéreusees. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive.

On voit donc dans ces deux cas des kystes de l'apparence la plus simple être cependant compliqués de cancer. La malade de M. Chassaigne a présenté les mêmes phases que mes malades : on a dû enlever la tumeur. Etait-ce bien un kyste ? Là aussi l'examen microscopique manque malheureusement.

M. Chassaignac rappelle que ces kystes, contenant dans leurs parois des éléments cancéreux, ont été déjà signalés et entre autres fort bien étudiés par Dupuytren. Néanmoins ces cas ne laissent pas que de surprendre ; pour son compte, il a pu en observer deux exemples.

Il y a longtemps, dit M. Chassaignac, remplaçant Breschet à l'Hôtel-

Dieu, je fus consulté par une femme qui portait une tumeur du sein; une ponction exploratrice indiqua qu'il s'agissait d'un kyste. Il sortit un liquide citrin. Je me proposais, quelques jours après, de faire une injection iodée; la malade ne revint qu'après un assez long temps, et la tumeur avait l'aspect d'un cancer. Je l'enlevai, et je trouvai en effet un cancer.

Il y a six mois, je vis une autre femme offrant une fistule du sein avec empâtement globuleux; par l'orifice fistuleux sortait un liquide très limpide; il y avait un ganglion dans l'aisselle, que j'enlevai avec le sein : je trouvai également l'élément cancéreux.

M. Chassaignac, frappé de ces faits, s'est demandé s'il n'y aurait pas une disposition anatomique qui expliquerait la présence de ces kystes coïncidant avec le développement du cancer. Il lui paraîtrait que derrière la glande existerait une bourse muqueuse qui, probablement sous l'influence du surcroît de vitalité imprimée par la présence de la production morbide nouvelle, serait susceptible de présenter une hydropisie analogue à celle que l'on rencontre sur d'autres bourses muqueuses. En se développant, le kyste se coifferait pour ainsi dire de la partie cancéreuse, qui formerait ainsi corps avec sa paroi externe.

Pour apprécier l'existence de cette bourse muqueuse, M. Chassaignac a procédé de la manière suivante : il a fait de haut en bas une longue incision verticale divisant la totalité du sein et plongeant jusque sur la paroi thoracique. Une fois cette coupe faite, il lui a paru qu'en arrière de la glande se trouvait entre elle et les muscles pectoraux un espace limité, lisse, offrant tout à fait l'aspect d'une cavité naturelle.

M. Giraldès ne nie pas qu'accidentellement il puisse se rencontrer une bourse muqueuse derrière la glande mammaire; mais, sans contredit, ce n'est pas là un fait d'anatomie normale. Voici, en effet, quelle est la disposition de la région rétro-mammaire : de la clavicule à laquelle il adhère descend un feuillet du *fascia superficialis*, qui, au niveau de la glande, se divise en deux lames, dont l'une passe derrière cet organe et l'autre en avant, formant ainsi un véritable ligament suspenseur qui ne permet pas au sein de se déplacer en bas; derrière le feuillet profond se trouve un tissu cellulaire lâche, lamelleux, présentant une grande richesse de vaisseaux lymphatiques : c'est cet espace que M. Chassaignac a trouvé en pratiquant la coupe verticale qu'il a décrite. Quant aux causes qui rendent si facile la formation des kystes mammaires, il faut les chercher dans un autre élément anatomique : ce sont, le plus souvent, des dilatations des vaisseaux galactofores, dilatations qui peuvent acquérir une dimension considérable. En

sieurs de ses collègues et des élèves de l'hôpi
ment à jeun, couché horizontalement, la tête
soumis aux inhalations anesthésiques. Une
creux, selon le procédé de M. Simpson, et i
chloroforme, fut présentée par le chirurgien
tance de l'ouverture des narines, puis gradue
la précaution de laisser continuellement la bo
ouverte.

Au bout d'une minute, le malade n'exprim
4 grammes environ de chloroforme furent
peine quatre minutes s'étaient écoulées qu
éprouvé aucun signe d'irritation du larynx, sa
résistance, sans rougeur du visage, et après
tation, tomba dans un état d'insensibil
le moment favorable pour commencer l'op
respiration paraissait s'exécuter d'une man
pouls ne fut point constaté. A peine la petit
mettre à découvert le kyste de la joue, par l
devoir commencer, était-elle terminée, que le
piration parut se suspendre. Le pouls, en ce
blesse extrême.

L'opération est aussitôt interrompue et le n
plus actifs et les plus empressés. La position ho
l'air est renouvelé; on a recours aux aspe
inspirations de substances irritantes, aux fr
aux pressions alternatives sur les parois du b
du thorax. On introduit de l'air de bouche i
langue, saisie à sa pointe, est portée de côté
insufflations pulmonaires au moyen d'une
n'ayant fait obtenir que de rares inspirations
bronchotomie et introduit dans la trachée a
quelle des insufflations d'air sont faites douce
Après quelques minutes de toutes ces tent
courant électrique fut établi à l'aide d'aiguill
gion du cœur. Des contractions furent déterm
dans les muscles extérieurs; mais on n'obtint

L'autopsie cadavérique ne put être faite q
après la mort.

*Autopsie.* — Le corps présente à l'extérieur
rale; il existe de la rigidité dans les membres

1° *Tête.* — L'incision des téguments laisse à

testée, mais qu'il est encore du devoir de la sc
n'est pas quelques précautions à prendre pour
battre les terribles effets.

Parmi les observations malheureuses publiée
est beaucoup qui manquent de détails, d'autre
concluantes ou n'ont pas assez d'authenticité p
une discussion sérieuse; nous pouvons donc les

Quant aux autres, on peut les diviser
1° Tantôt les troubles fonctionnels qui ont i
la mort ont eu quelque analogie avec ceux de
après la respiration, puis la circulation se sont

2° Tantôt la vie a paru s'éteindre plus prompt
par une syncope, ou plutôt par une espèce de

Pour ne pas trop élargir le cercle de ce rap
rons à citer des observations de la dernière
qu'elles offrent avec celles de M. Vallet la plus

La *première* dans l'ordre chronologique nous
M. Gorré (de Boulogne) communiqua à l'Acad
(*Bulletin de l'Académie*, t. XIII, p. 1148.)

Mlle Stock, âgée d'une trentaine d'années, d
qu'elle eût été traitée quelques mois auparava
liées à un état chlorotique, reçut à la cuisse u
pliquée de corps étranger. Un petit abcès avec
s'ensuivit, et M. Gorré, se proposant d'en agra
la malade, sur sa demande, à l'action du chlor
plaça sous les narines un mouchoir sur lequel a
à vingt gouttes de ce liquide.

A peine la malade avait-elle fait quelques in
la main sur le mouchoir pour l'écarter, et s'écri
*J'étouffe!*... Puis tout aussitôt le visage pâlit, le
respiration s'embarrassa, l'écume vint aux lèvr

A l'instant même (et cela très certainement m
le début de l'inhalation) le mouchoir fut retiré.
dents n'étaient que passagers, le chirurgien s'
la petite opération, pendant qu'un confrère
moyens à remédier à cette annihilation éviden
les efforts furent vains; la malade était morte.

Voici le résumé des altérations constatées par
quatre heures après la mort.

Le sinus longitudinal supérieur est vide, les
la surface convexe du cerveau ne sont point eng

sentent cette particularité remarquable que la colonne sanguine y est coupée de distance en distance par des bulles gazeuses. Il existe également de l'air dans les veines de la base du crâne et des sinus de cette région. On en trouve aussi dans plusieurs vaisseaux des membres. La substance du cerveau est d'une consistance ferme; sa tranche ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les vaisseaux placés au voisinage de l'incision pratiquée à la cuisse sont disséqués avec soin, et sont reconnus de la plus parfaite intégrité. Les poumons, très crépitants, sont visiblement engorgés dans leurs lobes inférieurs par un sang noir très fluide; mais il n'y a pas d'emphysème interlobulaire ou sous-pleural. La muqueuse trachéale est d'un rouge vif; il y a absence complète d'écume bronchique. Le cœur est d'une excessive flaccidité; ses moitiés droite et gauche sont absolument vides, la veine cave ascendante contient du sang spumeux; les veines pulmonaires, ouvertes près de leur entrée dans l'oreillette gauche, laissent échapper un peu de sang mêlé d'air. Le foie et la rate, congestionnés, contiennent aussi des gaz qui s'échappent en *bouillonnant* de leurs vaisseaux. Enfin, le sang est plus noir que dans l'asphyxie simple; il est littéralement noir comme de l'encre.

Le *second fait* est celui que M. Barrier, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a publié en 1849. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 73.)

Le 24 janvier 1849, un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de carrier, d'une constitution lymphatique, mais jouissant d'une santé générale satisfaisante, entra à l'Hôtel-Dieu pour y subir la désarticulation du médius droit. Le jour de l'opération arrivé, le malade étant parfaitement à jeun, et placé sur un lit, est soumis aux inhalations anesthésiques, qu'il a désirées, et qui ne lui inspirent aucune appréhension. Le flacon qui renferme le chloroforme est le même qui a servi un instant auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'est passé régulièrement.

On emploie, comme d'ordinaire, une compresse à tissu très clair, étendue au-devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes, à plusieurs reprises, sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides très habitués à manier le chloroforme en sont chargés, et explorent en même temps le pouls aux radiales. Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore; une minute de plus s'est à peine écoulée, qu'il manifeste un peu d'agitation. Il n'a pas absorbé 7 à 8 grammes de chloroforme. Le pouls est resté d'une régularité parfaite, sous le rapport du rhythme et de la force des battements. Tout à coup le malade lève brusquement la tête et agite les membres, qui

sur le mouchoir de la malade un bourdonnet de coton imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Mme Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix minutes l'effet se fit sentir, et on le remarqua au clignotement des paupières.

Le médecin indiqua au dentiste, placé derrière la tête de la malade, qu'il pouvait agir; mais la patiente, qui avait l'habitude de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines et fit rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges.

A cet instant, le médecin lui retira lui-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Il ne la quitta des yeux que pendant le temps nécessaire pour poser le mouchoir sur un meuble voisin; et déjà, lorsqu'il reporta ses regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tête renversée en arrière.

Le pouls avait disparu; les membres étaient dans un état complet de résolution. Quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade donnât.

Les moyens les plus rationnels furent employés, mais en vain, pour la rappeler à elle.

A l'autopsie, on trouva les membranes du cerveau, et surtout les veines de la base du crâne, gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisé était piquetée, et les capillaires, intéressés par l'instrument, laissaient suinter du sang noir en gouttelettes. Cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité se trouvait en assez grande abondance à la base du crâne et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très médiocre, on a trouvé une notable quantité de bulles d'air intercepant le liquide, et faciles à déplacer.

Le cœur était flasque, et une ponction pratiquée à l'oreillette gauche laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles. Il n'existait pas de caillots dans ses cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide. Les poumons, parfaitement crépitants dans toute leur étendue, offraient une teinte gris-ardoisé qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz.

Mme Simon, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, désirait se faire pratiquer l'extraction de quelques molaires cariées dont la présence l'inquiétait beaucoup ; mais, partagée entre ce désir et la crainte que lui inspirait l'opération, elle était en proie à des préoccupations telles que sa santé en subit de profondes atteintes.

Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'arrachement des dents gâtées, à condition qu'on emploierait le chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était dans une agitation extrême, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. Les dents devaient être arrachées par un officier de santé en présence du mari et de la servante. La malade fut assise sur une chaise ; on allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourant la chambre en proférant des paroles incohérentes. Elle déclara enfin qu'elle était résolue et se plaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir, qu'on approche des narines et des lèvres. Mme Simon annonce presque aussitôt qu'elle en ressent les effets ; on pratique l'extraction de trois dents.

Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme ; la face devient cadavéreuse : Elle est morte ! s'écrie-t-il. Elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigua furent inutiles. Les experts se sont assurés que la quantité de chloroforme employée n'avait été de plus de 3 gr. 25 c. et que ce liquide était parfaitement pur.

*Autopsie soixante heures après la mort.* — La muqueuse bronchique est d'un rouge assez vif, avec écume dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté. Les poumons sont très volumineux, emphysémateux à leur partie supérieure, d'une teinte rosée en avant, d'un rouge d'autant plus foncé que l'on rapproche davantage de leur bord postérieur, contenant du sang mêlé à un pus d'écume.

Deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine ; les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée ; le cœur gauche en contient beaucoup moins, le liquide n'est pas spumeux.

On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau, dans l'artère basilaire. La pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral est très ramolli et n'offre qu'une très

légère sablure ; sa coloration est normale. Rien le reste de la masse encéphalo-rachidienne.

L'analyse chimique a révélé la présence du c et les principaux organes.

*Sixième fait.* — La dernière des observatior rons ici est celle du docteur Majer (d'Ulm) i *des Hôpitaux* du 5 octobre 1852, p. 470. Mme W constitution très forte, a toujours joui d'une exce elle fit appeler le dentiste Fischer pour se fa Elle se mit sur une chaise, la tête appuyée con rière elle, pour se faire chloroformer. Elle der Quels sont ordinairement les premiers phénomè quoi celui-ci répondit : Des bourdonnements verse 25 gouttes de chloroforme sur une épong choir et la place à quelque distance de la bouch

Après quatre ou cinq inhalations, l'opérateur W... si elle ne ressent pas encore de bourdon réponse affirmative est tremblotante, râlante; étend fortement ses membres ; la face devient l gards; la tête et les bras s'affaissent : elle est n

D'après le récit du mari, le temps entre l'inh très court. Des aspersions d'eau froide, l'insuffl pression et les mouvements du thorax, les exci tillation de l'arrière-gorge restèrent sans succè

*Autopsie vingt-quatre heures après la mort.* sentait pas de signes de putréfaction. En ouvr beaucoup de sang spumeux ; les vaisseaux veau étaient gorgés d'un sang contenant beauc volumineuses pour être roulées sous les doigts.

La substance cérébrale est injectée. Le sang et de l'artère vertébrale contient aussi des bul

La trachée et les bronches étaient injectées ; bleuâtre aux deux tiers inférieurs, était rempl spumeux, sans vestige d'emphysème.

Le cœur a sa grandeur et sa position natur grisâtre, de consistance molle, flasque. Les va gorgés d'un sang contenant de nombreuses bul boursouflées, non pas de sang, mais d'air. Il n sang dans l'oreillette droite ni dans les deux cuillerée seulement remplit l'oreillette gauch

l'aorte, les veines caves à leur entrée dans le cœur sont vides. Le sang de la veine cave inférieure contient des bulles d'air.

Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du liquide qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé parfaitement pur.

En analysant les observations qui précèdent et dont on ne saurait contester l'authenticité, on voit qu'elles ont entre elles une grande analogie et qu'elles se confirment, en quelque sorte, les unes par les autres. En effet, tous les individus dont il y est fait mention étaient jeunes, le plus âgé n'ayant que quarante-cinq ans. Tous étaient d'une bonne santé; seulement la malade de M. Gorré avait été traitée pour des palpitations liées à un état chlorotique. Plusieurs avaient été précédemment soumis avec succès à l'emploi du chloroforme; chez tous, l'inhalation n'a présenté aucune difficulté ou circonstance insolite; elle a été de courte durée. La dose de chloroforme administrée est au-dessous de la moyenne et varie entre 15 ou 20 gouttes et 7 à 8 grammes. La période d'excitation a été généralement modérée et même quelquefois a manqué tout à fait. Le pouls, à part les cas rares où il n'a point été surveillé, s'est maintenu dans son état à peu près normal jusqu'au moment où, tout à coup, il s'est affaibli et a disparu complétement. En même temps, le visage est devenu tantôt pâle, tantôt bleuâtre, les pupilles largement dilatées; la respiration est devenue faible, lente, irrégulière, et a complétement cessé au bout d'un temps très court. Dans un seul cas, celui de M. Gorré, il est dit que la respiration s'est embarrassée et que la malade a eu de l'écume à la bouche. Toujours la mort a été très rapide et presque instantanée.

Les lésions cadavériques nous ont paru présenter beaucoup plus de variétés que les désordres fonctionnels. Examinons successivement à ce point de vue les lésions constatées dans la cavité crânienne, dans les organes centraux de la respiration et de la circulation.

Dans quatre observations, il est dit que le cerveau est intact et n'offre qu'une injection très modérée et parfois nulle. Dans trois, il est gorgé de sang noir et fluide.

Quant aux poumons, dans deux observations on les trouve crépitants, contenant peu de sang, parfaitement sains. Deux fois ils sont engorgés inférieurement et infiltrés de sang noir. Dans un cas ils sont gorgés de sang et infiltrés de sérosité dans toute leur étendue. Enfin, dans un autre, ils contiennent quelques noyaux apoplectiques. Dans la cinquième observation, le poumon est engorgé à son bord postérieur et emphysémateux à sa partie postérieure.

Le cœur a presque toujours été trouvé d'une flaccidité remarquable.

Dans l'observation de M. de Confévron, les ca
tenaient quelques bulles d'air. Dans celles de
sur la malade de Strasbourg, plusieurs artères
nombre. Mais, dans tous les autres cas, le
étaient vides d'air et de sang.

Certes, s'il n'était pas prouvé que l'anatomi
pas toujours compte des phénomènes observés
même elle est quelquefois en désaccord avec
nous signalons seraient bien de nature à le dé
conçoit que, lorsqu'un agent toxique a frappé
nisme, les altérations n'aient pas eu le temps d
pel de l'anatomiste est réduit à constater l
plus ou moins grande quantité dans tel ou tel o
voir déterminer si cette présence n'est point un
vérique. Nous n'insisterons donc pas davantag
variables qu'incapables de nous révéler la caus
mort. Toutefois, nous ne saurions passer sous
dont les parois ont été souvent trouvées amin
est difficile d'admettre que ces altérations, et
des parois du cœur, puissent résulter de l'a
elles préexistent donc à cette action, et constitu
disposition à la syncope, état organique grav
l'emploi des anesthésiques, et que, pour ce n
toute l'attention des pathologistes.

Quant aux troubles observés pendant la vie,
d'en apprécier le caractère. Il est évident, en e
presque toujours par syncope. Que cette syncop
sulte du contact d'un sang stupéfiant sur les
qu'elle soit consécutive à la sidération du systè
pour nous praticiens, n'en persiste pas moins da
vérité.

Après avoir établi l'action délétère du chlor
possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux

M. Baudens (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars
cas de mort subite observés sous l'influence du
être uniquement attribués à ce que, dans l'adm
anesthésique, on ne s'est point contenté d'anéa
qu'on a anéanti le *mouvement pour amener la rés*

Ce chirurgien s'appuie sur des expériences de
blent avoir établi que l'action de l'agent anesth
et progressive. Cette action, d'après notre sa

d'abord aux
tié postérieu
moitié anté
moelle allo
Ainsi, le
des mouve
par l'aboli
M. Baude
vements
que rien
En ré
l'on a p
que, pc
lité san
gien ér
paraît
la lais
peser
desqu
En
serve
naît
et s
ven
(
tili
ga
le
pl
c
p
l

particulière, n'en sont pas moins passés par
thérisme décrites par M. Flourens, et que M. l
comme fatales. Chez tous la respiration était
ils ont été sidérés; chez quatre d'entre eux
chez plusieurs la contractilité musculaire
énergie. Voyez, en effet, Maria Stock, tenan
sous son nez, jusqu'au moment où elle s'écrie
Plus tard, c'est Mme Labrune, repoussant
comprendre par signes qu'elle n'est pas asse
foudroyée après trois ou quatre inspirations
malade de M. Berrier s'échappant des mains
sous leurs yeux, au moment où ils parviennent
tion. Cette observation, si elle n'est pas plus c
plus frappante encore que les précédentes. Il
fesseur du Val-de-Grâce l'avait oubliée lorsqu'
« Pour moi, tant qu'on n'aura pas publié un se
» alors que la sensibilité seule était abolie, la
» servée, je n'y croirai pas. »

Ainsi, il résulte des faits que nous venons
ment que les cas de mort subite survenus sou
forme ne peuvent pas être attribués à l'action s
de cet agent, mais qu'ils sont en dehors de la
naires, qu'ils sont exceptionnels, et ne peuven
conditions particulières de l'organisme, qu'il n
donné de connaître.

Effrayé par les dangers d'homicide qu'on cour
l'éthérisme jusqu'à la résolution, M. Baudens donn
dépasser la période d'insensibilité, période qu'il
pendant plus d'une demi-heure, en revenant de
ploi du chloroforme. Sans vouloir contester les a
dens, et jugeant d'après l'expérience de nos
nous ferons observer qu'on n'enferme pas à so
thésiques dans un cercle aussi limité. On est bi
quand on veut obtenir une insensibilité profond
sibilité complète toute sécurité s'évanouit dans la
Ne voit-on pas tous les jours des malades qu'
impunément, dont la conjonctive semble privé
s'en réveillent pas moins sous le tranchant du
aux mouvements les plus violents et les plus déso
pourrait-on sans danger pratiquer une opératio
une artère, enlever une tumeur placée au milie

Ainsi, dans l'observation de M. Gorré, le c
M. Regnault, professeur de chimie au collége
bien purifié. Dans celle de M. Vallet, l'a
pureté. Il en a été de même dans l'affaire de
servation de M. Majer. M. Barrier a usé d'
avait servi quelques minutes auparavant à
chez laquelle tout s'était passé régulièrement
était pur; or, quand un homme comme M. B
cru. Vous voyez donc, messieurs, que, d'une
tières hétérogènes dans le chloroforme n'est p
cause de mort; et que, d'autre part, sa pur
point à l'abri de cette catastrophe.

Examinons maintenant la valeur des préce
dillot pour l'administration des agents anesth
qu'il se propose est de maintenir l'*intégrit*
*respiratoire*. Son procédé se réduit à étudier
susceptibilité du malade en lui faisant respi
chloroforme, à calmer son moral et, quand l
supportées, à précipiter l'action anesthésique
Lorsque la résolution musculaire se manifes
du chloroforme pour le reprendre à la moindr
On peut ainsi prolonger l'anesthésie pendan

Nous ne pouvons qu'applaudir à des règl
nous en écartons jamais, et nous voudrions
présentes à l'esprit de tous les chirurgiens.
partager entièrement la sécurité de M. Sédill
que nous avons rapportés? Dans tous ces cas,
connues des praticiens qui ont employé le chl
du bon usage qui en a été fait; et bien que t
commandées par M. Sédillot n'aient pas été p
on ne peut méconnaître qu'en général les rè
scrupuleusement suivies. Ainsi, presque touj
cours au passage de l'air; la respiration s'exé
culation était normale, la période d'excitation
phénomènes de l'éthérisation paraissaient s'a
lorsque tout à coup la circulation s'est arrêtée

Un de nos collègues, M. Chassaignac, dans
primée, a présenté quelques réflexions plein
constances dans lesquelles il lui paraît pern
innocuité du chloroforme.

Pour lui, c'est dans cette période qu'il ap

thésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, caractérisée par le sommeil avec régularité parfaite des grandes fonctions, qu'on peut plonger sans crainte les malades pendant un temps plus ou moins long. Il trouve dans cet état tous les genres de sécurité qu'on peut désirer :

1° Contre les chances de douleur : insensibilité complète ;

2° Contre les troubles fonctionnels graves : régularité parfaite des grandes fonctions.

Il y voit encore cet avantage que, indépendamment de ce que le chirurgien, exempt de toute préoccupation du côté de l'anesthésie, peut se livrer à l'exécution du manuel opératoire sans aucune inquiétude, il trouve que sa responsabilité comme opérateur est couverte, cette responsabilité ne commençant pour lui que du moment où l'on a commencé à agir, le chirurgien restant dans les termes généraux de la responsabilité médicale tant qu'il n'a pas fait usage de l'instrument.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux opinions de M. Chassaignac sur les avantages de la tolérance anesthésique. Mais nous ferons observer :

1° Que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période pût être obtenue ;

2° Que, de l'aveu même de notre habile collègue, on ne peut souvent obtenir cette tolérance qu'après l'excitation et le collapsus, période qu'il redoute par-dessus tout et avec raison ;

3° Enfin, que certains sujets semblent complétement réfractaires à la tolérance anesthésique.

Nous ne pouvons non plus admettre la distinction un peu subtile qu'établit M. Chassaignac entre la responsabilité générale du médecin et celle de l'opérateur.

Quelques chirurgiens, établissant un parallèle entre les propriétés toxiques du chloroforme et celles de l'éther, ont pensé que ce dernier agent offrait à ce point de vue des avantages incontestables. En étudiant, en effet, les cas malheureux dans lesquels on a cru devoir imputer à l'éther une part plus ou moins grande dans la terminaison fatale, on est frappé de l'intervalle considérable qui sépare le moment de la mort de celui de son emploi ; ce n'est généralement que quelques heures au moins, et souvent plusieurs jours après l'usage des inhalations anesthésiques, que les malades ont succombé.

En présence de ce long sursis et des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient plusieurs des opérés, on peut se demander si la mort ne doit pas en définitive être attribuée à des causes étrangères à l'action de l'éther, plutôt qu'à l'éther lui-même. C'est ce qu'ont pensé plusieurs praticiens, parmi lesquels nous citerons MM. Diday,

Pétrequin, Bonnet (de Lyon), Cantu (de Turin)
les partisans exclusifs de l'éther, réagissant
dances de M. Simpson et de la plupart des
bannir ce dernier de la pratique chirurgical
roforme. Entre ces deux opinions opposées
auteur du *Traité théorique et pratique de*
*sique*, M. Bouisson, qui, sans rejeter complé
croit qu'on doit en restreindre beaucoup l'emp
les indications de l'un ou de l'autre de ces age

Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses,
souvent l'éther ne tue pas instantanément, co
y a cependant des faits incontestables dans le
venue pendant les inhalations elles-mêmes, et
rapporté par M. Bouisson (ouvrage cité, p. 3
asphyxié. Nous devons le second à l'obligeance
gien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Voici le résumé de cette observation :

Le 26 août 1852, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyo
cinquante-deux ans, affectée d'un ostéosarcon
rieur droit. L'état général de cette femme n'étai
Elle montrait bien plus que son âge; elle éta
teint était pâle, même jaunâtre, comme dan
çante. M. Barrier, sur sa première impressi
D'après les vives instances de la malade, il
mais il désirait se dispenser de l'éthériser, en
ral, craignant que sa faiblesse ne rendît dan
anesthésiques, et à cause de la nécessité de
cependant à ses supplications; et l'opération fu
tembre 1852.

La malade fut promptement endormie par l'
fut celui de l'éponge placée dans une vessie. « .
» affirmer que nous étions sur nos gardes, et qu
» sous son doigt. L'anesthésie étant complète.
» tion par l'incision des parties molles, ce qui ou
» de dessous le nez; par conséquent, l'air pu
» grande quantité par les narines. Je lui quel
» bords de l'incision, et j'allais attaquer l'os av
» j'avais déjà porté le ciseau sur les limites d
» l'apophyse montante, quand je m'aperçus, et j
» que la respiration s'arrêtait. Je suspendis l'op
» plétement retirer l'éponge, qu'on avait jusqu'a

» et éloignée alternativement des narines, suivant les mouvements de » la manœuvre opératoire. L'alarme fut grande, et partagée par tous » les assistants. La respiration avait cessé, et le pouls ne se sentait » pas au poignet, ni à la région précordiale, ou n'y était perçu que » d'une manière très douteuse. Aussitôt la malade et son fauteuil fu- » rent renversés en arrière, pour placer le corps et la tête dans une » position horizontale. La face était extrêmement pâle, cadavéreuse; » les yeux ternes et immobiles. Frictions sur les tempes et la poitrine » avec le vinaigre et l'ammoniaque; compression alternative du tho- » rax et de l'abdomen, pour exciter les mouvements respiratoires; in- » sufflations dans la trachée avec une sonde en argent, tout resta » inutile. L'autopsie ne put être faite.

» La quantité d'éther, non pas absorbée, mais employée, fut au plus » de 30 grammes. L'hémorrhagie fut peu considérable, et le sang ne » coula pas dans le pharynx. »

L'éther peut donc tuer comme le chloroforme, et aussi soudainement que lui. Si pour le faire prévaloir on nous objecte que son bilan mortuaire est moins considérable que celui du chloroforme, nous répondrons que ce dernier est employé dans des proportions énormes par rapport à l'éther. Nous ajouterons même qu'en supposant l'action toxique de celui-ci moins énergique que celle du chloroforme, les malheurs qu'on a à lui reprocher moins nombreux, proportion gardée, l'éther devra encore occuper une place secondaire, en raison des avantages de son rival. Celui-ci, en effet, présente une odeur non-seulement moins désagréable, mais que tout le monde, à peu près, peut supporter. On ne pourrait pas en dire autant de l'éther.

L'action irritante exercée sur la muqueuse bronchique par le chloroforme est beaucoup moindre que celle de l'éther, qui a, plus d'une fois, amené des inflammations mortelles des organes thoraciques. Enfin, il est rare de trouver des individus totalement réfractaires au chloroforme, ce qui n'était pas très rare avec l'éther.

Il résulte donc de ce que nous venons d'exposer que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action toxique du chloroforme. Ni l'observation des règles que la prudence peut suggérer dans son administration, ni son remplacement par l'éther ne peuvent donner au malade une sécurité complète.

Nous n'insisterons pas sur le conseil donné il y a quelques années par M. le docteur Stanski, de placer les opérés dans la position horizontale, dans l'espoir de rendre les syncopes moins fréquentes et moins graves. Assurément, cette position est bonne, et, autant que possible, il faut la prescrire; mais il suffit de rappeler les faits précédemment ex-

Enfin, il est un moyen proposé il y a quelques années par M. J. Guérin (séance de l'Académie de médecine du 9 janvier 1849), et que son auteur vient de rappeler de nouveau à l'attention des praticiens; nous voulons parler de la cautérisation pharyngienne au moyen de l'ammoniaque. M. J. Guérin a conclu de ses expériences sur les animaux aux heureux résultats qu'on pourrait obtenir de la cautérisation pharyngienne dans l'intoxication par le chloroforme. Comme ce moyen, appliqué précédemment, à un autre point de vue, et dans le traitement d'autres maladies, n'a point encore été employé chez l'homme dans le cas particulier dont il est question, nous ne pouvons nous prononcer positivement à son égard. Cependant, en considérant, d'une part, la pénurie de la thérapeutique en semblable occurrence, d'autre part, les succès évidents que M. J. Guérin dit avoir obtenus sur les animaux, nous pensons que c'est un moyen qu'on ne devrait pas négliger, le cas échéant.

## CONCLUSIONS.

Le fait qui sert de base à ce rapport et ceux dont nous l'avons fait suivre nous paraissent de nature à établir les propositions suivantes :

1° Le chloroforme peut causer la mort presque instantanément, et comme par une espèce de sidération semblable à celle que détermine chez l'homme certains poisons violents.

2° La mort paraît causée, en général, par la cessation brusque des mouvements du cœur, par une véritable syncope.

3° Dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature. Cette disposition peut même se développer instantanément, et de telle sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence de cet agent.

4° Jusqu'à ce jour, la science ne possède aucun moyen de reconnaître ces idiosyncrasies. Il est seulement contre-indiqué de recourir au chloroforme chez les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope; ceux enfin qui sont extrêmement affaiblis par les hémorrhagies, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme grave.

Il est certains individus chez lesquels le chloroforme détermine une excitation très violente, un raptus vers l'encéphale tellement pro-

noncé, qu'on peut craindre chez eux des consé
que votre rapporteur, dans un travail lu en
médecine, en a fait connaître des exemples. Che
gereux d'insister. Il en est de même enfin pour
demment réfractaires à cet agent, et qui, bien
insensibilité voisine du collapsus, ne s'en livre
monstrations les plus violentes, sous l'influenc
d'excitation.

5° L'art ne possède aucun moyen efficace d'
accidents produits par l'inhalation du chloroform
funestes résultats.

Nous devrions peut-être terminer ici ce tra
cependant nous croyons de notre devoir d'exan
tion fort grave : celle de savoir si les malheurs p
du chloroforme sont de nature à pouvoir engag
médecins, et dans quelles limites. On conçoit
d'aborder une semblable question, et combie
résoudre. Il importe cependant d'autant plus d
déjà plus d'une fois les tribunaux ont cru devo
même ils ont rendu des arrêts propres à jeter l
grande perplexité. Aussi, le docteur Mascarel,
de Châtellerault, a-t-il adressé, il y a peu de jou
riale de médecine, les questions suivantes, à prop
(Séance du 17 mai 1853.)

1° L'emploi du chloroforme doit-il être contin
que dans la pratique médicale?

2° Dans le cas d'affirmation, existe-t-il dans l'é
des préceptes certains pour éviter des accidents

3° Si ces préceptes n'existent pas, quel doit ê
envers les malades, la société et la loi?

Dans le cours de ce travail, nous avons déjà
question posée par notre honorable confrère; n
deux autres avec liberté et franchise.

Malgré les catastrophes dont le chloroforme a
n'hésitons pas à reconnaître toute l'importance d
qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgi
pouvoir de personne d'en empêcher l'usage; et,
reusement notre honorable collègue M. Chassaig
chloroforme n'y feront pas plus renoncer que l
mins de fer n'arrêteront l'usage de ces précieux
Quand d'immenses avantages sont dus à une in

nients qui y sont attachés.

Et maintenant, l'emploi du chloroforme étant admis comme une nécessité dans la pratique, dans quelles limites l'usage doit-il en être restreint? Etablissons à ce sujet une distinction dans les opérations chirurgicales. Tantôt l'anesthésie, poussée même jusqu'à la résolution, est nécessaire pour se débarrasser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte à l'accomplissement de certains actes chirurgicaux, tels que la réduction des luxations, des hernies et quelques cas de cathétérisme difficile. Ici le but ne peut être atteint sans le secours de l'anesthésie ; en conséquence, nous ne pensons pas que le chloroforme employé selon les règles de l'art puisse jamais engager la responsabilité du chirurgien.

Dans d'autres cas, et c'est le plus grand nombre, le chloroforme n'est qu'un moyen d'éviter la douleur attachée aux opérations. Il est alors désiré par les malades; il est même souvent imposé par eux. Sans doute, en face des malheurs aujourd'hui connus, le praticien ne doit point y recourir lorsque les opérations sont peu douloureuses ; mais quelles limites pourra-t-on lui imposer à cet égard? On sait que si quelques malades affrontent facilement la douleur, la plupart en ont une horreur invincible; et, sachant qu'il existe un moyen de les y soustraire, ils le sollicitent ardemment et ne veulent même subir l'opération qu'à la condition d'être anesthésiés.

Mais, s'ils ne savent pas complétement qu'ils s'exposent à des dangers sérieux, le chirurgien doit-il les en instruire? Nous ne le pensons pas. N'y a-t-il pas, en effet, de l'inconvénient à les préoccuper ainsi au moment où ils vont subir une opération ? Nous croyons donc que l'appréciation des cas où il convient d'accorder ou de refuser le chloroforme doit être entièrement laissée à la sagacité du chirurgien, et ne peut rigoureusement faire encourir à celui-ci aucune responsabilité. La seule condition que nous y mettions, c'est que le malade en ait exprimé vivement le désir.

Un des considérants du jugement rendu dernièrement par le tribunal de police correctionnelle de Paris, à propos de l'affaire Triquet, porte qu'on ne doit recourir au chloroforme « que dans les opérations les plus » graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force » physique du malade, et dans celles où l'immobilité est une condition » essentielle au succès de l'opération. »

Malgré le respect que nous inspirent les arrêts de la justice, nous n'hésitons pas à dire que, si les règles que nous venons d'énoncer passaient dans la jurisprudence, il faudrait renoncer à l'anesthésie, ou

la douleur, cette sentinelle de la vie, qui permet à l'homme de se soustraire aux causes de destruction dont il est environné; comment concevoir, dis-je, qu'un tel agent puisse être toujours impunément employé? Mais ce qu'on ne pouvait prévoir et ce que l'expérience seule a révélé, c'est que la mort a lieu d'une manière imprévue, soudaine, comme par une espèce de sidération, sans que l'on puisse arrêter la marche des accidents ou en conjurer la terminaison funeste.

Il est vrai de dire que les malheurs imputables au chloroforme sont en proportion très minime, eu égard au nombre immense des circonstances où on a recours à lui. Mais il est vrai aussi que, les prédispositions individuelles auxquelles il emprunte sa léthalité ne pouvant être prévues, la question de vie ou de mort est réellement posée pour le malade, toutes les fois qu'on en fait usage, ainsi que l'a fort bien dit notre honorable collègue M. Sédillot.

Aussi le chirurgien prudent devra-t-il toujours avoir devant les yeux cette terrible éventualité, et s'entourer, par conséquent, de toutes les précautions que la prudence réclame. Ces précautions sont évidemment de ne recourir au chloroforme qu'avec une extrême réserve, de l'administrer sagement, suivant toutes les règles aujourd'hui indiquées, et en surveillant surtout très attentivement l'état du pouls et de la respiration. C'est ainsi seulement qu'il pourra mettre à l'abri sa responsabilité vis-à-vis de la société et vis-à-vis de lui-même.

La commission dont je suis l'organe a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Vallet de son intéressante communication;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

Après cette lecture, la Société décide que la discussion sera renvoyée à quinzaine, lorsque le rapport aura été imprimé.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

*Le vice-secrétaire de la Société*, A. Laborie.

*Séance du 15 juin 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malades.**

M. Bonnafont présente un soldat qui reçut un coup de feu en décembre 1851. Une balle vint frapper latéralement la jambe à sa partie supérieure et traversa obliquement le tibia de dehors en dedans et

la Faculté de médecine d'Athènes. (Commissaires : MM. Larrey, Michon et Voillemier.)

M. Lallemand dépose sur le bureau un mémoire imprimé dont nous transcrivons le titre : *Mémoire sur les goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère, et sur leur traitement*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bonnet (de Lyon), par M. Philipeaux ;

Plus, un autre mémoire également imprimé, *Sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations*, par M. Bonnet (de Lyon).

M. Lallemand donne en outre communication d'une observation d'anévrisme de l'artère sous-clavière guérie par la cautérisation. Cette observation est lue par le secrétaire, M. Laborie. (Nous la transcrivons.)

**Anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche guéri par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc.**

(Observation rédigée par M. le docteur Philipeaux.)

Auguste Gauthier, âgé de vingt-cinq ans, natif de Montagny (Saône-et-Loire), et cultivateur dans les environs de Lyon, reçut, dans une rixe, le 5 décembre 1852, plusieurs coups de couteau, dont un porta dans la région sus-claviculaire gauche, et produisit les accidents graves que nous allons rapporter.

Le premier effet de l'action de cet instrument, dirigé de haut en bas, et profondément plongé à la base de la région sous-claviculaire, presque immédiatement au-dessus de la clavicule, fut une plaie qui donna aussitôt issue à un écoulement de sang artériel considérable, qu'on chercha à arrêter immédiatement en réunissant la plaie par deux points de suture entrecoupée et par la compression. Ce traitement ne réussit à faire cesser l'hémorrhagie que d'une manière temporaire. Les bords de la plaie ne purent se réunir ; et malgré la compression, l'écoulement de sang se renouvela à diverses reprises. Au bout de huit jours il y eut une hémorrhagie très abondante, à laquelle en succédèrent progressivement de plus en plus rapprochées. Et comme dans la troisième semaine, c'est-à-dire entre le 25 décembre et le 1er janvier, elles se reproduisirent à deux reprises différentes avec une intensité qui annonçait une fin prochaine si on n'y remédiait pas le plus promptement possible, on décida ce malade à se rendre aussitôt à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La douleur produite par cet accident fut extrêmement vive dès le début. Gauthier nous raconta qu'il ne pouvait rester en place, tant sa

atteint d'une paralysie du sentiment et du mouvement ; la main était œdématiée, et par moments elle était le siége de quelques douleurs assez vives ; il n'y avait pas de pulsations dans les artères axillaire, radiale et cubitale.

Avec l'appareil volta-faradique de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) on ne pouvait déterminer aucune contraction, ni aucune sensibilité dans les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main. Le grand dentelé, le rhomboïde et le trapèze étaient les seuls muscles qui répondaient à l'action stimulante de la faradisation localisée.

Quelle était la nature de cette tumeur ? Les hémorrhagies artérielles fréquentes auxquelles elle donnait lieu, le bruit de souffle, d'expansion et les battements isochrones à ceux du pouls que l'on y percevait indiquaient suffisamment qu'il s'agissait dans cette circonstance d'un anévrisme consécutif à la lésion d'une artère volumineuse.

Quelle était l'artère qui avait été lésée ? Était-ce la sous-clavière, la scapulaire supérieure, la cervicale transverse ?

M. le professeur Bonnet pensa qu'il s'agissait dans ce cas d'un anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière ou du tronc de l'une des principales artères qui en partent. Il avait été conduit à porter ce diagnostic par le fait suivant. La tumeur, qui avait donné lieu à des hémorrhagies très fortes, existait juste à la base du triangle sus-claviculaire, et la plaie à laquelle elle avait succédé avait été faite par la lame d'un couteau qui avait frappé de haut en bas et pénétré à une grande profondeur. Ce qui venait encore corroborer son diagnostic, c'est que l'on ne percevait aucun battement dans les artères axillaire, radiale et cubitale, et que le plexus brachial avait été sectionné, puisque aussitôt après l'accident il était survenu une paralysie complète de l'épaule et de tout le membre supérieur, et qu'il n'y avait plus que le trapèze, le rhomboïde et le grand dentelé qui se contractassent sous l'influence de l'électricité. Or, tout le monde sait que ces muscles sont énervés par des nerfs qui prennent naissance de quelques-uns des troncs nerveux qui concourent à former le plexus brachial.

Le diagnostic établi, il restait à savoir quelle était la méthode de traitement qu'il fallait mettre en usage.

En présence de ce terrible accident, qui compromettait nécessairement la vie de ce malade, M. Bonnet voulut, avant de tenter un moyen curateur, s'éclairer de l'avis de ses honorables confrères. A cet effet, MM. Pétrequin, professeur de clinique chirurgicale ; Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu ; Desgranges et Valette, chirurgiens dudit

Il espérait qu'en appliquant chaque jour sur la tumeur une couche de chlorure de zinc, il coagulerait le sang, arrêterait toute hémorrhagie, produirait un caillot obturateur, dont il enlèverait successivement couche par couche les parties les plus superficielles, et amènerait par cette cautérisation une inflammation adhésive capable d'oblitérer le vaisseau.

Pour obtenir ce résultat, il se proposait :

1° D'appliquer chaque jour une nouvelle couche de caustique sur l'eschare produite, afin de cautériser profondément la tumeur et d'empêcher la chute des parties mortifiées avant la coagulation complète du sang;

2° Dès que le bruit de souffle aurait entièrement cessé, ainsi que le

---

entre elles que par la variété de proportions des deux substances constitutives, la farine de seigle et le chlorure de zinc.

La pâte formule 1 contient :

| | |
|---|---|
| Chlorure de zinc. . . . . | 1 partie. |
| Farine. . . . . | 2 — |

La pâte formule 2 contient :

| | |
|---|---|
| Chlorure de zinc. . . . . | 1 partie. |
| Farine. . . . . | 3 — |

La pâte formule 3 contient :

| | |
|---|---|
| Chlorure de zinc. . . . . | 1 partie. |
| Farine. . . . . | 4 — |

Pour préparer cette pâte, on agit de la sorte:

Les deux substances placées dans un mortier sont préalablement mélangées intimement; puis on leur ajoute une quantité d'eau suffisante pour former une pâte de consistance moyenne, qu'on préserve du contact de l'air en l'enveloppant d'une couche de farine sèche. On l'étend ensuite au moyen d'un rouleau en couches minces qui acquièrent avec le temps assez de consistance et d'élasticité.

Pour s'en servir, on approprie la forme du morceau de pâte à celle de la partie que l'on veut détruire.

M. Bonnet se sert d'une pâte formée de parties égales de chlorure de zinc et de farine.

La viscosité extrême de la pâte que la farine de seigle forme avec l'eau s'oppose à ce que cette pâte puisse être étendue sur de la toile en couches régulières, afin de pouvoir la découper suivant la forme de l'eschare qu'on veut produire.

Pour obvier à cet inconvénient, on substitue à l'eau l'alcool : la pâte formée au moyen de ce liquide n'a ni la cohésion ni la viscosité de la première; elle peut être étendue au moyen d'un rouleau avec la plus grande facilité sur de la toile, de manière à former une sorte de sparadrap qu'il est très facile de découper.

Cette dernière préparation appartient à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pendant les huit premiers jours qui suivirent les hémorrhagies, c'est-à-dire du 1er au 8 février, on n'osa pas enlever les parties superficielles de l'eschare; mais à cette époque, pour rendre la cautérisation plus égale et la faire plus en profondeur qu'en largeur, on commença à enlever les couches superficielles de la partie brûlée, qui avait alors 12 centimètres transversalement et 10 en hauteur.

Au bout de quatre jours de ces opérations, on pénétra dans la poche anévrismale elle-même. Le caillot, formé de couches concentriques coagulées, et d'une teinte rougeâtre, occupait le centre, et tout autour l'on distinguait aisément les parties cautérisées, qui avaient la couleur blanche que le chlorure de zinc donne à tous les tissus.

A mesure que l'action de plus en plus profonde du caustique permit d'enlever de nouvelles couches, le sac anévrismal fut découvert dans une étendue de plus en plus grande, et ce ne fut que le 13 février que l'on s'arrêta dans ces excisions et ces cautérisations successives. La surface de l'anévrisme mise alors à découvert était elliptique; elle avait 9 centimètres en travers et 7 en hauteur; elle se détache successivement, et le 21 elle ne tient déjà plus que par sa partie profonde. On n'ose pas l'enlever, quoiqu'elle se trouve mobile, de crainte de provoquer une hémorrhagie. Le liquide sanieux qui s'écoule de cette cavité, où existe une suppuration abondante, altère la santé du malade, qui perd l'appétit, prend de la diarrhée, et est sujet à quelques accès fébriles. Il est soumis à l'usage du vin de quina et de quelques autres préparations pharmaceutiques. Le traitement ne tarde pas à vaincre les accidents.

Le 1er mars, l'eschare, dont on a enlevé chaque jour la partie détachée, cède à une douce traction, et laisse à nu une plaie large et profonde, au fond de laquelle on voit à nu des tronçons des nerfs qui forment le plexus brachial; ils sont insensibles au toucher. Le sterno-mastoïdien est disséqué en dessous, à sa partie inférieure. En plongeant le doigt dans l'intérieur de cette plaie, on ne trouve plus de trace de l'artère sous-clavière; on sent seulement que la carotide primitive bat très près du fond de cette solution de continuité.

Cette vaste plaie, d'où s'écoule une abondante suppuration, est pansée chaque matin et soir avec de la charpie sur laquelle on a étendu de la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Axonge. . . . . | 30 grammes. |
| Sulfate de zinc. . . . . | 1 — |

Elle prend peu à peu un bon aspect. Des bourgeons charnus comblent peu à peu cette vaste cavité. Le malade n'éprouve plus de dou-

*Séance du 22 juin 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

**Présentation de malades.**

M. Guersant présente à la Société le jeune garçon qui portait sur la mâchoire inférieure, au niveau du bord gencival, une tumeur de nature douteuse. L'opération a été pratiquée à l'aide d'une cisaille courbe. La totalité de la tumeur et la partie du rebord alvéolaire à laquelle elle adhérait ont été enlevées d'un seul coup. Au fond de l'encoche résultant de l'opération apparaît une dent de seconde dentition.

M. Guersant a dû, pour rendre plus facile le jeu de l'instrument, fendre la commissure obliquement en bas. La réunion a été obtenue régulière et par première intention.

— M. Chassaignac présente ensuite trois malades.

Le premier est un adulte qui avait déjà été présenté à la Société dans sa séance du 2 mars 1853. Il portait dans la synoviale du genou droit deux corps étrangers inégaux en volume, mais qui tous deux pouvaient être fixés dans le cul-de-sac interne et inférieur de la synoviale. C'est dans ce lieu que la capsule fut ouverte par la méthode sous-cutanée. Le corps le plus volumineux se fraya un passage et fut refoulé par pression jusque vers la partie interne et susmalléolaire de la jambe. Ce corps, qui avait un volume à peu près égal à une très grosse amande, donna lieu à un phlegmon angioleucitique qui nécessita plusieurs incisions. Aujourd'hui le malade est parfaitement rétabli et en état de reprendre ses travaux. L'hydarthrose dont le genou droit était le siége s'est complétement résorbée, et il y a eu ceci de remarquable, que le plus petit des deux corps articulaires qui, au moment de l'ouverture de la capsule, s'était perdu dans l'articulation et n'a pu être ramené sous la peau, ne peut plus être perçu ni par les recherches du malade, ni par l'investigation clinique la plus minutieuse. A-t-il contracté des adhérences qui l'auraient désormais fixé dans une partie profonde de la capsule? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Toujours est-il qu'il a cessé de causer aucune gêne au malade.

Le second cas se rapporte à un vieillard dont l'épaule droite, énormément tuméfiée, présente une hydarthrose avec déformation des surfaces articulaires par suite d'une arthrite chronique dont l'origine date

d'il y a trois ans. A cette époque, et dans un mouvement que fit cet homme pour se soulever, il sentit un craquement dans l'épaule droite, qui depuis lors n'a jamais repris ses conditions normales. Y eut-il luxation? Y eut-il fracture? C'est ce qu'il a été impossible de préciser d'après le récit du malade. Aujourd'hui l'état de l'articulation offre ceci de remarquable, que quatre *situations stables* peuvent être successivement données à la tête de l'humérus, de manière à représenter :

1° La position de la tête dans la cavité glénoïde ;

2° La luxation en bas;

3° La luxation en avant ou dans la fosse sous-scapulaire;

4° La luxation en arrière ou dans la fosse sous-épineuse.

Que par suite de l'énorme ampliation qu'a prise la capsule, la tête de l'os puisse être portée en différents sens, et cela dans une grande étendue, il n'y a là rien qui ne se conçoive facilement. Mais ce qu'il y a de curieux dans ce cas particulier, c'est que chacune des situations qui viennent d'être mentionnées persiste spontanément aussi longtemps qu'on ne la réduit pas par des manœuvres appropriées. Si on élève fortement le bras en refoulant de haut en bas la tête humérale, elle descend à un degré tel, qu'elle a évidemment perdu dans le sens vertical tout rapport de contact avec la cavité glénoïde. Arrivée là, elle y reste sans que le bras soit soutenu autrement que par l'action des muscles. Il en est de même pour la luxation en avant et la luxation en arrière.

On reconnaît de plus que la tête de l'humérus, aussi bien que la cavité glénoïde, présente un accroissement de dimensions et une destruction des cartilages qui rapprochent l'altération actuelle de l'état qui a été décrit à l'articulation de la hanche sous le nom de *morbus coxæ senilis*.

M. Chassaignac présente ensuite une jeune femme de vingt-deux ans, sur laquelle a été pratiquée, il y a deux mois, l'ablation d'une exostose considérable intéressant les trois derniers métatarsiens du pied droit, et particulièrement le troisième et le quatrième, qui font corps avec la tumeur osseuse et sont intimement confondus avec sa substance; une seule incision a suffi pour l'ablation de cette tumeur, qui a nécessité la section des métatarsiens au moyen de la scie à chaîne, et la désarticulation des métatarsiens d'avec les orteils correspondants. Ceux-ci ont été conservés. Le pied ne présente aucune déformation.

L'opération a été pratiquée le 23 avril, et aujourd'hui 22 juin la malade se sert de son pied sans aucune difficulté.

MM. Follin et Houel se sont chargés de l'examen de la tumeur, qui est bien positivement une exostose, mais qui offre quelque chose d'é-

trange dans ses rapports avec les métatarsiens. La malade s'était aperçue de l'existence de la tumeur dès l'âge de douze ans. Le développement progressif de cette dernière, l'inflammation de la bourse sous-cutanée qui la couvrait, ont porté cette jeune femme à réclamer les secours de la chirurgie.

— M. Huguier montre une jeune femme qui offrait une tumeur volumineuse oblongue siégeant à la partie interne de l'humérus, au-dessus de l'épitrochlée. On pouvait penser, en raison de la position qu'elle occupait, qu'elle était produite par une dégénérescence des ganglions susépitrochléens. M. Huguier se décida à enlever cette masse, qui adhérait profondément. Pour éviter la lésion du nerf cubital, il commença l'opération par la partie inférieure. Cette précaution fut très utile, le nerf pénétrant en effet dans le centre même de la tumeur; il fallut le disséquer et l'isoler avec soin.

En poursuivant l'opération, on reconnut que la tumeur adhérait au périoste, avec lequel elle se confondait, et qu'elle montait vers le faisceau commun des vaisseaux et des nerfs du bras. On dut ne pas l'enlever en totalité.

La malade a parfaitement bien guéri, et malgré les rapports intimes de la tumeur avec les nerfs, il n'y eut jamais, ni avant ni après l'opération, aucune douleur dans le trajet de ces nerfs. La tumeur était squirrheuse.

— Après la lecture du procès-verbal, M. Boinet demande la parole à propos du malade présenté par M. Bonnafont dans la dernière séance.

M. Boinet a eu à traiter un individu qui avait une fracture compliquée de la jambe. Malgré les accidents les plus graves, et par la simple ablation de plusieurs esquilles, il put sauver le membre malade. Cette observation démontre, avec beaucoup d'autres, que l'on ne doit jamais se hâter de pratiquer une amputation à la suite des lésions traumatiques en apparence les plus graves.

### Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° *Association medical journal*, juin; *Revue de thérapeutique du Midi*, du docteur Saurel, 15 juin.

2° Thèse du concours de l'agrégation : *Des rétrécissements de l'œsophage*, par M. E. Follin.

3° Une brochure intitulée : *Communication à l'Académie de médecine de Paris sur l'éthérisation*, par M. Delabarre fils.

— A propos de la correspondance, M. Giraldès annonce qu'il a reçu

un mémoire de M. Burin-Dubuisson, et une lettre annonçant une maladie très grave de M. Pravaz.

Le mémoire sera lu dans la première séance.

— La Société procède ensuite à l'élection des membres du bureau pour entrer en fonction le premier mercredi de juillet.

Ont été élus :

Président : M. Denonvilliers.
Vice-président : M. Huguier.
Secrétaire : M. Laborie.
Vice-secrétaire : M. Follin.

M. Debout, pour des raisons de santé, ayant donné sa démission de trésorier, M. Houel est nommé pour le remplacer.

Comité de publication : MM. Cullerier, Chassaignac, Gosselin.

Commission des congés : MM. Larrey, Giraldès, Marjolin.

**Discussion sur le rapport de M. Robert.**

M. Deguise fils prend la parole en ces termes :

Après avoir écouté avec la plus religieuse attention la lecture du rapport de M. Robert, j'ai été frappé des contradictions qu'il renfermait; après l'avoir lu moi-même, mon sentiment n'a pas changé.

M. Robert commence par citer textuellement l'observation de M. Vallet, et la fait suivre de six autres observations recueillies et choisies avec intention au milieu du chiffre énorme de plus de quatre-vingts faits de mort par le chloroforme.

L'action délétère du chloroforme bien établie, M. Robert s'est demandé s'il était possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux résultats; et, à cet effet, il a passé en revue les opinions émises par MM. Baudens, Sédillot et Chassaignac.

A M. Baudens, qui s'étaye de la théorie de M. Flourens sur l'action successive et progressive du chloroforme pour établir en principe : qu'il faut se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles, pour prévenir tout accident; à M. Baudens, dis-je, M. Robert répond en lui montrant Marie Stoch, tenant elle-même le mouchoir sous son nez jusqu'au moment où elle s'écrie : « J'étouffe! » et meurt. Je passe, pour abréger, les faits de MM. Barrier et Confévron.

A M. Sédillot, qui n'admet le danger des inhalations anesthésiques qu'autant que le chloroforme est impur ou mal administré, M. Robert objecte que dans les observations qu'il a citées, le chloroforme a été constaté d'une pureté irréprochable, et que dans tous les cas, quoique toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été

ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies.

A M. Chassaignac, qui recommande de n'opérer que dans la période qu'il appelle de tolérance anesthésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, il fait remarquer que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période de tolérance pût être obtenue.

M. Robert constate donc qu'il n'est pas possible de prévoir ni de prévenir les fâcheux résultats du chloroforme.

Examinons maintenant si, les accidents survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Or les moyens les plus recommandés pour conjurer les accidents sont, de l'aveu de M. Robert, complétement impuissants; il n'en excepte même pas les insufflations pulmonaires, malgré la pensée contraire exprimée par MM. Plouviez et Ricord.

En résumé, messieurs, M. Robert, s'appuyant sur des faits qu'il aurait pu, il nous l'a dit, rendre plus nombreux, mais qu'il a choisis à dessein afin que leur authenticité fût irrécusable, établit :

1° Que l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée ;

2° Qu'il n'est pas possible d'en prévoir ni d'en prévenir les fâcheux effets ;

3° Que, lorsque les accidents surviennent, il n'est pas possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Après un tel aveu, devions-nous plus tard nous attendre à ces paroles de M. Robert : « Il n'est plus au pouvoir de personne d'empêcher » l'usage du chloroforme ; les malheurs du chloroforme n'y feront pas » plus renoncer que les accidents des chemins de fer n'arrêteront l'u- » sage de ces précieux moyens de transport. » Ou bien encore : « Le » chloroforme, employé suivant les règles de l'art, ne pourra jamais » engager la responsabilité du chirurgien. Il suffira que le malade en » ait vivement exprimé le désir. »

Je le demande de bonne foi à vous tous, messieurs, qui avez le mémoire de M. Robert entre les mains, n'y a-t-il pas là de quoi confondre la logique la moins sévère ?

La comparaison que vous, monsieur Robert, avez empruntée à M. Chassaignac est-elle bien juste? Je ne le crois pas. Encore quelques années, et personne, du moins en France, voulant entreprendre un voyage, n'aura le choix du véhicule, puisqu'il n'y aura plus que

des vaques : tandis que, je l'espère bien, on pourra toujours faire de la chirurgie sans chloroforme. Mais j'admets que votre comparaison soit bonne, qu'elle soit inattaquable : alors prenez garde à l'autorité, à la loi, qui viendront vous demander compte des malheurs que vous aurez causés, qui à chaque instant viendront soumettre à des enquêtes les faits de votre pratique chirurgicale.

Toutes ces tracasseries, les éviterez-vous en objectant à l'autorité : Le chloroforme est une des plus précieuses conquêtes de la chirurgie ? Quels services n'a-t-il pas rendus ? Vous aurez beau dire encore : Les malades qui sont morts avaient vivement exprimé le désir d'être chloroformisés.

L'autorité ne vous écoutera pas plus qu'elle n'écoute l'administration du chemin de fer qui, à la suite d'un désastre quelconque opéré sur sa ligne, voudrait s'opposer à la marche de la justice en s'écriant : Les chemins de fer sont une des plus précieuses conquêtes de l'industrie moderne ; ou bien : Notre ligne rend de si grands services, et puis les malheureux qui ont été brûlés, écrasés, noyés, etc., avaient vivement réclamé leurs places !!

Non, monsieur Robert, à vous comme à l'administration du chemin de fer il vous faudra d'autres arguments pour vous défendre d'avoir causé un homicide.

Ces arguments, où les prendrez-vous ? Sauverez-vous votre responsabilité en disant : J'ai suivi les règles de l'art ? Alors je vous demanderai : Où sont ces règles, puisque dans votre rapport vous vous êtes attaché à démontrer que dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme inconnue dans sa nature ? « Cette disposition, avez-» vous ajouté, peut même se développer instantanément, et de telle » sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à » l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence » de cet agent. » Enfin, pour parachever cette instruction, n'avez-vous pas dit : « Jusqu'à ce jour la science ne possède aucun moyen de re» connaître ces idiosyncrasies ? »

Un mot encore et je termine.

Les règles auxquelles vous paraissez attacher le plus de confiance sont celles indiquées par M. Sédillot. Ces règles consistent, avez-vous dit, « à ménager la susceptibilité du malade en lui faisant respirer des » doses faibles de chloroforme....., à suspendre l'usage du chloro» forme lorsque la résolution musculaire se manifeste, pour le repren» dre à la moindre trace de mouvement.... »

Vous déclarez « que vous ne vous écartez jamais de ces préceptes, » que vous voudriez qu'ils fussent toujours présents à l'esprit de tous les chirurgiens, et puis quelques pages plus loin vous écrivez : « L'anes» thésie poussée jusqu'à la résolution est nécessaire pour se débarras» ser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte dans » l'accomplissement de certains actes chirurgicaux. »

Il y a là évidemment, suivant moi, une contradiction flagrante, et je la soumets au bon esprit de M. Robert.

M. Robert. Lorsque j'ai accepté la comparaison faite par M. Chassaignac, c'est parce que je la trouvais d'une excessive justesse. Comme les chemins de fer, le chloroforme comporte avec lui sa somme de danger; et si, en agissant suivant toutes les règles, un malheur arrive pendant l'anesthésie, le chirurgien n'en peut être plus responsable que l'administration d'un chemin de fer n'est responsable des accidents qui ne peuvent être imputés à son incurie et à la négligence apportée dans l'application des précautions prescrites par la loi.

Si, dans ces conditions, on attaque l'administration, la justice l'absout ; c'est ce que nous voyons tous les jours. Et il y a quelques semaines, deux individus furent sur un chemin de fer victimes d'un accident que l'on n'avait pu ni prévoir ni prévenir; ils sont morts, et l'administration n'a pu être poursuivie. Je veux obtenir pour le chloroforme bien administré la même immunité.

Je n'ai pas voulu dans mon travail m'occuper des questions de détail. Ainsi, pour les accouchements, je sais qu'un de nos collègues doit vous en parler dans quelques séances. Je n'ai eu l'intention que de traiter la question au point de vue général, de démontrer que le chloroforme bien administré peut tuer, et je crois y être arrivé incontestablement.

On me reproche des contradictions ; mais je ne puis accepter ce reproche. Ainsi, on me dit que je suis en contradiction avec M. Sédillot, qui ne veut pas, dit-on, pousser l'anesthésie jusqu'à la résolution complète ; mais M. Deguise est dans l'erreur, car M. Sédillot est très explicite sur ce sujet. Ainsi, dans sa dernière publication, il n'admet pas d'abord que le chloroforme puisse tuer lorsqu'il est bien administré ; et pour que le but voulu soit atteint, il prescrit de pousser l'inhalation jusqu'à la résolution, ajoutant qu'en agissant autrement on pourrait courir le risque de voir le malade se sauver ensanglanté après avoir subi le commencement de l'opération. J'ai ajouté que je ne partageais pas tout entière l'opinion de M. Sédillot, et j'ai combattu quelques-unes de ses propositions.

Je me suis attaché surtout à fixer l'attention sur deux manières d'agir du chloroforme :

1° Apparition d'effets toxiques avant que le chloroforme ait déterminé les phénomènes physiologiques dans leur ordre habituel de succession ;

2° Succession régulière des phénomènes anesthésiques arrivant graduellement par l'abolition du sentiment à la résolution complète.

Cette seconde manière d'agir du chloroforme est celle que nous observons habituellement. La résolution que l'on obtient ainsi n'est sans doute pas sans dangers ; mais elle est indispensable dans certaines opérations, si l'on veut agir avec sécurité. Les individus morts par le chloroforme ne me paraissent pas avoir succombé par le fait de l'action progressive de l'agent anesthésique.

Si j'ai à l'appui de mon mémoire choisi un petit nombre de faits, c'est uniquement parce que j'ai trouvé les autres incomplets, ou peut-être attaquables au point de vue du mode d'application du chloroforme, ou enfin parce qu'il ne m'était pas suffisamment démontré que la mort eût dû être attribuée à l'emploi de cet agent. Je n'ai donc pris que les observations bien positives, bien faites, négligeant avec intention les autres.

M. Deguise dit qu'après la lecture de mon travail il s'attendait à me voir repousser le chloroforme ; mais cette exclusion est loin de ma pensée. A cet agent je reconnais d'immenses avantages, sans nier les dangers qu'il fait naître. Il est actuellement impossible d'y renoncer ; les malades vous en imposent l'usage, et l'on ne peut s'y soustraire. Pour l'employer, il faut s'entourer de précautions, et le champ des recherches reste ouvert. Pour les physiologistes, la question est belle à élucider : et aussi ne pourrait-on pas trouver dans certaines manières d'être des organes des contre-indications formelles? N'a-t-on pas remarqué, par exemple, que sur tous les individus morts par le chloroforme le cœur était flasque ? Ne serait-il pas possible de trouver dans un état particulier du cœur que révélerait l'auscultation une raison de ne pas appliquer les anesthésiques ?

*Le vice-secrétaire*, E. Laborie.

*Séance du 29 juin 1853.*

**Présidence de M. Guersant.**

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

**Présentation de malades.**

M. Chassaignac présente un homme âgé d'une trentaine d'années, qui est affecté d'un hygroma de la bourse muqueuse anté-rotulienne gauche. La tumeur est très volumineuse et fluctuante. En l'examinant avec attention, on reconnaît qu'elle contient un corps étranger volumineux, dur, comme osseux et adhérent. M. Chassaignac, en signalant cette dernière particularité, demande si elle ne devient pas la source d'indications thérapeutiques spéciales. Doit-on se contenter d'une injection iodée et se comporter comme si ce corps n'existait pas, ou doit-on procéder à son ablation? Et, dans ce cas, à quel procédé faut-il avoir recours?

M. Huguier signale la rareté et l'intérêt de cette communication. Le traitement des hygromas est aussi simple que possible; et surtout avec les injections iodées, son succès est assuré. Mais dans ce cas particulier on devra adopter un traitement plus complexe.

Si, dit M. Huguier, ce malade, qui est rouleur, exerçait une autre profession dans laquelle il ne fût pas dans la nécessité de se servir de son genou comme point d'appui lorsqu'il descend des tonneaux pesants dans des escaliers de cave, je serais disposé à me contenter de la ponction et de l'injection iodée. Mais dans ce cas particulier, comme on doit s'efforcer de rendre au malade l'usage absolu de son membre, il faut nécessairement extraire le corps étranger. Pour cette opération, il convient d'opérer en deux temps, incisant d'abord la bourse muqueuse dans une étendue médiocre, puis, huit ou dix jours après, en prolongeant cette première incision, on arrive à enlever le corps étranger.

M. Guersant parle dans le même sens que M. Huguier. Il est d'avis d'enlever le corps étranger et de pratiquer l'opération en plusieurs temps.

— M. Duménil, interne de M. Cazenave, présente un malade qui, à la suite d'une lésion traumatique de l'aorte, offre des altérations très remarquables de la cuisse et de la jambe; altérations qui avaient été considérées comme produites par un éléphantiasis.

L'observation détaillée est déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Demarquay et Gosselin.

**Correspondance.**

La Société reçoit :

1° Différents journaux de médecine.

2° M. Guersant a reçu pour la Société, de la part du ministre de l'instruction publique, les publications suivantes :

*Recueil des publications de la Société havraise.* Etudes diverses des 18e et 19e années (1850 à 1852) ;

*Réfutation d'un compte-rendu*, par M. le secrétaire de la Société d'études diverses du Havre, d'une communication faite à cette Société il y a plusieurs années, et démontrant qu'un parallélipipède homogène flottant serait, quoique parfaitement symétrique, contraint, par les lois de l'équilibre, à un mouvement de rotation, si le rapport entre sa densité et celle du liquide qui le porte subissait certaines variations alternatives et constantes (remercîments) ;

*De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications;* par M. Yvonneau, médecin des épidémies et membre du conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois, etc. ;

*De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique;* par Henri Hahn, médecin de l'hospice Joséphin, à Aix-la-Chapelle, etc.

3° M. Ricord adresse :

1° Son *Traité complet des maladies vénériennes*, ou *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.* 1851 ;

2° Son *Traité pratique des maladies vénériennes.* 1838. (Remercîments.)

— A propos de la correspondance, M. Marjolin annonce qu'il a reçu la nouvelle officielle de la mort de M. Pravaz, qui a succombé aux suites d'une congestion cérébrale.

— M. Larrey a reçu de M. Gély une note manuscrite dont il donne lecture. Cette note est relative à un nouveau mode de courbure à imprimer aux sondes pour rendre le cathétérisme plus facile chez les vieillards. (Renvoyé à l'examen de M. Robert.)

**Lecture.**

M. Reybard (de Lyon) donne lecture d'un chapitre inédit de son livre sur les affections de l'urètre.

**Discussion sur le rapport de M. Robert.**

A propos du procès-verbal, M. Deguise revient sur quelques obser-

vations qu'il a adressées à M. Robert relativement à la manière dont sont reproduites les idées professées par M. Sédillot.

M. Robert répond en quelques mots que ce qu'il a reproduit dans son rapport est emprunté à la dernière publication de ce chirurgien.

M. Robert annonce en outre que pour simplifier et rendre plus fructueuse la discussion entamée, il se propose de ne répondre que lorsque toutes les objections lui auront été soumises par ses collègues. Il invite les orateurs à poser autant que possible des conclusions précises qui puissent servir de point de départ à la réfutation.

M. Chassaignac prend la parole en ces termes :

Messieurs, le rapport que nous a lu M. Robert dans l'une des dernières séances est une œuvre sérieuse. La Société de chirurgie doit la discuter sérieusement. Elle le doit, non-seulement comme témoignage de considération et d'estime pour le travail que soumet à son examen l'un de ses membres, mais encore parce qu'il s'agit d'une haute question de pratique, d'une question sur laquelle se concentre un grand intérêt d'actualité, d'un problème à l'égard duquel des solutions sont attendues avec impatience par tout le corps médical.

Avant d'entrer dans cette discussion, je me suis demandé jusqu'à quel point il était possible de discuter les faits eux-mêmes, et les divers éléments de ces faits, sans porter ombrage aux personnes, sans leur porter préjudice dans des choses que nous ne saurions trop respecter, la considération et les intérêts professionnels de confrères justement estimés.

Je déclare donc hautement que je n'entends me permettre de blâmer la conduite d'aucun de mes confrères dans les faits relatifs au chloroforme. Je puis bien dire, ce me semble, que telle ou telle pratique particulière n'a pas mon approbation ; mais de là à qualifier de fautes les actes émanés d'une conviction différente de la mienne, il y a loin, et je m'empresse de déclarer que dans le fait qui sert d'origine à cette discussion la conduite du praticien est au-dessus de tout reproche, et je dirais même que dans les onze à douze cents inhalations que j'ai pratiquées jusqu'ici il en est bien peu qui l'aient été avec autant de prudence et d'attention que dans le fait de l'honorable M. Vallet (d'Orléans).

Quand fait-on une faute en pratique ? C'est apparemment quand on se met en opposition volontaire et systématique avec quelques-uns de ces principes qui ont reçu la double sanction de l'expérience et du temps, qui sont depuis longtemps consacrés par l'universel assentiment des praticiens éclairés. Mais les principes de l'anesthésie ? Ils sont nés d'hier. Ils se cherchent encore, ils ne se dégagent qu'avec peine et un

à un des observations que chaque jour amène, empruntant leurs éléments à l'étude des malheurs mêmes que l'anesthésie peut enfanter.

Mais autant nous avons de ménagements à garder dans tout ce qui touche à l'honneur et à la tranquillité de nos confrères, autant nous devons avoir de liberté et d'indépendance dans la discussion des principes.

Le fait capital du rapport de M. Robert, celui qui a dicté les conclusions de son travail, celui sur lequel il nous importe le plus de nous faire une opinion motivée, c'est celui-ci : la mort subite qui survient par l'inhalation du chloroforme est le résultat d'une idiosyncrasie que rien ne peut faire prévoir et dont rien ne peut arrêter les effets.

Cette doctrine, qui repose sur l'idée d'une idiosyncrasie, c'est-à-dire de ce qu'il y a de plus insaisissable, de plus imprévu, de plus irrémédiable, permettez-moi de l'appeler la doctrine du *quid ignotum*.

A côté de cette doctrine s'en élève une autre que j'appellerai la doctrine des *causes connues*, parce qu'elle repose, suivant moi, sur des faits antérieurs de l'ordre physiologique et pathologique, sur des phénomènes connus dans leurs causes, dans leur mécanisme et dans leurs moyens de traitement.

Si je ne consultais que l'impression favorable dont on ne peut se défendre à la lecture d'un travail aussi recommandable que celui de M. Robert, travail que je considère comme un modèle de bonne discussion académique, je n'aurais à donner au rapport et à ses conclusions qu'une approbation pleine et entière.

Mais le lendemain de cet assentiment sans réserve, je rentre dans un service d'hôpital; je retourne auprès des malades qui, dans la pratique particulière, peuvent m'accorder leur confiance.

J'y retourne poursuivi par un sentiment de défiance et d'inquiétude. Je ne puis me soustraire au souvenir de ces paroles fatales : que je vais poser la question de vie et de mort, que je suis menacé par un *quid ignotum*, une idiosyncrasie, un je ne sais quoi ! En face de chaque malade que je vais anesthésier, je me dis : Il y va de la vie de cet homme, et je sais, toujours d'après le rapport, que si la chance tourne mal, l'art ne me donne aucun moyen d'enrayer les accidents.

Cette situation, messieurs, est intolérable; elle ne nous laisse aucune sécurité; elle met chaque jour en question, et sur un coup de dés, notre repos, notre réputation; elle porte le trouble dans les âmes les plus fermes, dans les consciences les mieux éprouvées; elle nous porte invinciblement à restreindre l'emploi du chloroforme aux cas où il nous est pour ainsi dire imposé malgré nous.

Si telle était pourtant la fatalité des choses, il faudrait bien s'incliner

devant l'évidence, et ce serait à nous de voir si, pour épargner de la douleur aux malades, si pour assurer la réussite plus prompte et plus complète de certaines opérations, nous devons les exposer eux et nous aux conséquences dangereuses de l'anesthésie. Nous avons donc à examiner ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette doctrine, et notre position nous oblige à le faire avec un soin scrupuleux.

Nous avons à nous occuper de deux questions :

1° Est-il nécessaire de recourir à l'existence d'une idiosyncrasie pour se rendre compte des morts subites observées pendant l'emploi du chloroforme?

2° Les cas de mort peuvent-ils s'expliquer par l'intervention de phénomènes connus, tels que la syncope, l'asphyxie, la suspension ou la perturbation de l'action nerveuse?

La première question se résout pour nous par la négative. Non, il n'y a pas une idiosyncrasie anesthésique, à moins qu'on ne prenne ce mot dans une acception inconnue jusqu'ici; car, suivant la judicieuse remarque de M. Robert lui-même, l'état particulier dont il parle peut se développer d'une éthérisation à l'autre, et jamais dans le langage médical exact le mot idiosyncrasie n'a été appliqué à pareille disposition. C'est quelque chose de moins capricieux, de plus stable, de plus étroitement lié à la constitution du sujet; c'est une cause qui reproduit toujours ses mêmes effets dans les mêmes conditions, qui n'existe pas aujourd'hui pour disparaître demain. Le *quid ignotum* n'est donc pas une idiosyncrasie.

Si ce n'est pas une idiosyncrasie, qu'est-ce donc?

C'est une syncope ou une asphyxie chez un sujet dont le système nerveux vient d'être mis par le chloroforme en dehors de ses conditions ordinaires et de sa spontanéité normale. C'est chose très fâcheuse, très dangereuse même, mais ce n'est ni inévitable ni irrémédiable.

On me demande sur quoi je fonde cette opinion : je réponds que c'est sur l'analyse rigoureuse des faits, et je donne immédiatement mes preuves tirées de tous ceux sur lesquels j'ai pu me procurer quelques renseignements.

J'ai réuni 47 observations, et il n'en est pas une où je ne trouve quelque dérogation à des principes que je crois utiles et préservateurs dans la pratique de l'anesthésie.

Ici j'ai besoin d'entrer dans quelques détails sur le mode d'administration du chloroforme.

Je vois, par exemple, que dans la grande majorité des quarante-sept cas dont je vous parle l'inhalation a été pratiquée au moyen d'un linge

(mouchoirs, serviettes, compresses, bourdonnet, etc.). Eh bien ! cette pratique ne donne pas, selon moi, une sécurité suffisante contre l'asphyxie. Elle se prête d'une manière trop variable au libre accès de l'air, qui, suivant le principe posé par M. Sédillot, est une condition en quelque sorte obligatoire. Ces corps flottants jouent trop facilement le rôle de soupape, et, s'ils viennent à se coller sur les orifices naturels, plus d'aspirations de l'air, inspiration exclusive de la vapeur anesthésique, asphyxie complète. Une expérience bien simple peut être faite à ce sujet, c'est celle qui consiste à respirer pendant qu'on est couché horizontalement la bouche largement ouverte sous un linge mouillé. On voit bien vite qu'à chaque inspiration le linge s'applique en manière de soupape sur l'orifice buccal et ne laisse passer l'air qu'avec difficulté.

Dans un certain nombre des quarante-sept cas, je vois que l'anesthésie a été pratiquée dans la position assise; ici ce n'est plus à l'asphyxie, c'est à la syncope que nous avons affaire; en effet, l'expérience de tous les jours ne nous apprend-elle pas que la position horizontale est le plus sûr moyen d'éviter la syncope et de la faire cesser quand elle existe. Est-il besoin de rappeler à ceux qui douteraient du rôle de la position assise comme cause de syncope que la position assise est tout juste la moitié de la position debout? et faut-il ajouter, enfin, que l'attitude verticale pendant l'anesthésie serait une cause presque assurée de syncope?

Chez d'autres malades faisant partie de la série des quarante-sept cas, il est survenu, peu de temps avant la mort, des mouvements désordonnés et violents, que je considère comme très dangereux, en ce qu'ils préparent une syncope, et ils la préparent par le changement de position, qui convertit la position horizontale en attitude assise ou debout. — J'établirais donc volontiers, pour règle, qu'il ne faut point pratiquer l'anesthésie quand on n'a pas un nombre d'aides suffisant pour maintenir d'une manière assurée l'immobilité; et si, malgré ces précautions, il se produit de grands mouvements du tronc, on doit suspendre l'inhalation pour ne la reprendre qu'après le retour du calme.

3° Quelques malades ont subi l'inhalation dans des lieux où le nombre des personnes présentes et le défaut de ventilation ne permettaient pas le renouvellement en quantité suffisante d'un air parfaitement respirable. Qu'on se demande, à ce sujet, ce qui arriverait si l'on pratiquait l'éthérisation dans une cave, et, d'autre part, ce que l'on fait aussitôt qu'une personne se trouve mal dans une réunion; ne s'empresse-t-on pas d'ouvrir les croisées, ou de porter le malade au grand air?

4° Je vois encore que parmi mes quarante-sept cas se trouvent des sujets dont le pouls n'a pas été consulté à tous les moments de l'anesthésie; dès lors on n'a pas été averti assez promptement de l'imminence de la syncope: elle eût été signalée par l'affaiblissement du pouls, elle n'était qu'imminente; on aurait pu peut-être y porter remède: quelques émanations de plus, et cette syncope est devenue irrémédiable.

J'ajouterai enfin que, parmi les quarante-sept cas, il s'en trouve dans lesquels le chloroforme a été administré par des personnes étrangères à la médecine. Enfin, dans certains cas, il y avait lésion organique du cœur ou des poumons. Ce ne sont pas des cas de ce genre qui ont été mentionnés par M. Robert; mais si l'on tient pour être de quelque valeur les conditions dont nous avons précédemment parlé, je vois que dans les sept observations mentionnées par notre honorable collègue il n'y en a qu'une seule dans laquelle l'inhalation ait été faite par le moyen de l'éponge. Je me trompe, il y en a deux; mais l'éponge étant recouverte dans un cas par une vessie ou une toile cirée, je trouve cette dernière condition encore plus défavorable, attendu que si le mouchoir laisse passer très peu de chose, la toile cirée ne laisse rien passer du tout. Je vois encore que, parmi ces sept cas, il en est quatre dans lesquels les malades étaient assis, et enfin trois dans lesquels ont eu lieu ces mouvements désordonnés, préparateurs de la syncope. Il me suffit de rappeler Mmes Simon et Labrune, et ce jeune homme qui, après avoir échappé aux aides, périt sous leurs yeux au moment où ils parviennent à le remettre en position.

Je voudrais donc, avant d'admettre l'existence d'une idiosyncrasie, que, pour justifier l'opinion de M. Robert, on présentât un nombre d'observations suffisant pour motiver des conclusions générales, et dans lesquelles toutes les conditions que je vais énumérer ayant été scrupuleusement observées, la mort subite aurait eu lieu; jusque-là je maintiendrai pour vraies les propositions suivantes, qui n'ont pas le même caractère de fatalité que celles de M. Robert:

1° La respiration du chloroforme rend très dangereuses les asphyxies et les syncopes qui surviennent pendant l'action anesthésique.

2° Il faut tout faire pour éviter l'asphyxie et la syncope pendant l'anesthésie.

3° L'art parvient, dans l'immense majorité des cas, à prévenir les syncopes et asphyxies anesthésiques par l'emploi des moyens suivants:

1. Chloroforme pur;
2. Position horizontale;
3. Accès facile de l'air en même temps que des vapeurs de chloroforme;

4. Empêchement apporté à tout grand mouvement du corps;

5. Surveillance incessante du pouls à tous les moments de l'inhalation;

6. Suspension immédiate de l'inhalation dès que le collapsus commence;

7. Constatation, toutes les fois qu'elle est possible, de lésions antérieures des appareils nerveux respiratoires et circulatoires;

8. Comme moyens de ramener le sujet à sa spontanéité, ceux qui ont été opposés de tout temps à la syncope et à l'asphyxie, mais particulièrement l'attouchement du fond de la gorge seulement dans le cas particulier, il faut demander beaucoup aux moyens préventifs et attendre très peu des moyens curatifs proprement dits.

Un mot encore pour protester contre la cinquième conclusion de M. Robert, que *l'art ne possède aucun moyen d'enrayer les accidents.* Ce mot sera un fait, un fait qui a eu pour témoins plusieurs internes distingués, MM. Buquoy, Marcé et Codet. Je pratiquais, chez un jeune homme très affaibli, la résection du premier métatarsien atteint de carie. L'ablation faite, je m'aperçois que le premier cunéiforme, qui extérieurement paraissait entièrement sain, est lui-même affecté de carie au centre de sa surface articulaire. J'en entreprends sur-le-champ l'ablation, qui constitue une désarticulation extrêmement laborieuse. Tout à coup un des assistants s'écrie que le pouls a cessé de battre. Me rappelant le conseil donné par M. Monod de stimuler le fond de la gorge, je veux réveiller par ce moyen les mouvements vitaux arrêtés; mais les dents sont serrées (je n'aurais pu faire ni l'insufflation bouche à bouche, ni l'attouchement du fond de la gorge par l'ammoniaque, que je considère du reste comme une cause de constriction pour la glotte). Je saisis une forte spatule; j'écarte de force les os maxillaires, et je plonge le doigt dans le fond de la gorge: quelques indices du retour à la spontanéité vitale se manifestent; je reprends mon opération, que je complète. Le malade a parfaitement guéri: je l'ai montré à plusieurs des membres de cette Société.

M. Ricord. En prenant la parole dans cette discussion, mon intention est simplement de vous entretenir de faits particuliers qui vous paraîtront peut-être mériter un intérêt spécial.

Cependant, avant d'entrer en matière, permettez-moi de dire quelques mots sur l'appréciation de la gravité que comporte avec lui l'emploi du chloroforme. Oui, à n'en pas douter, il s'agit pour le patient d'une question de vie et de mort; seulement, les chances mauvaises sont bien moindres que ne le dit M. Robert, tout en étant plus nombreuses que M. Chassaignac ne semble l'admettre. Aussi, en ap-

préciant le nombre considérable de faits qui me sont personnels, et dans lesquels je n'ai jamais perdu de malade, je me résume sur cette question en disant que je serais moins craintif que M. Robert et plus réservé que M. Chassaignac.

Ceci dit, j'arrive à la possibilité de combattre les accidents, que l'on veut considérer comme étant au-dessus des ressources de l'art.

Déjà quatre fois je me suis trouvé en face d'accidents aussi graves que possible; rien ne manquait comme signes apparents de la mort, et cependant j'ai pu conjurer cette mort imminente.

Dans ces quatre cas je m'étais servi de l'éponge, les malades avaient été maintenus couchés; cette précaution, je ne m'en écarte jamais, car je pense que la mort survient par syncope, et la position horizontale me paraît la meilleure pour la conjurer. Les malades respiraient librement; il ne manquait, en un mot, aucune de ces précautions que rappelait M. Chassaignac, et c'est dans ces conditions que sont survenus les accidents.

Quant aux mouvements désordonnés des malades, on ne saurait les empêcher; c'est une conséquence presque forcée de l'anesthésie pendant les premières périodes de l'inhalation. Jamais, du reste, cette véritable lutte que soutiennent certains malades n'a été suivie d'accidents. Ainsi, aucun de mes quatre malades n'avait présenté cette extrême agitation.

Sur tous les opérés, je fais constamment observer l'état du pouls, et je ne saurais partager l'idée des physiologistes qui pensent que, lorsque la mort doit survenir, elle s'annonce par des modifications graduelles du pouls. Il n'en est rien : les pulsations s'arrêtent brusquement et sans transition; les malades sont foudroyés. Pourquoi? Y a-t-il, comme le dit M. Robert, une idiosyncrasie? mot, du reste, que notre collègue n'entend sans doute pas dans son acception médicale ordinaire. Rien ne peut être précisé, car il est quant à présent impossible de dire *à priori* si le malade doit être en danger par le fait du chloroforme. Il est bien entendu que nous faisons abstraction de ces cas particuliers qui sont compliqués d'une lésion organique, surtout portant sur l'appareil de la circulation et de la respiration.

Il faut donc admettre une disposition particulière, ou, pour nous servir de l'expression de M. Robert, en la modifiant légèrement, une idiosyncrasie momentanée.

Venons maintenant aux faits que j'ai observés.

Dans deux cas il s'agissait de faire une circoncision, dans un autre cas une castration, et enfin dans le dernier, relatif à une femme jeune et bien portante, du reste, je procédais à l'excision de végétations si-

tuées sur le vagin. Nous rapportons brièvement cette dernière observation.

Une jeune femme présentait des végétations à l'entrée du vagin. La malade ne voulut les laisser exciser qu'à la condition d'être rendue insensible. Je n'y consentis qu'avec peine, et sur les instances de cette dame et de son mari. A peine avait-on obtenu l'anesthésie, ce qui fut prompt et facile; lorsque déjà une des végétations avait été emportée, tout à coup la malade cessa de respirer; le pouls était devenu nul. Il y eut relâchement de tous les sphincters; à l'auscultation aucune trace de battements du cœur; c'était un cadavre. Immédiatement j'eus l'idée de pratiquer une insufflation bouche à bouche. Aussitôt tout accident cessa, et cessa sans les transitions habituelles qu'on remarque chez les malades qui reviennent peu à peu dans leur état normal lorsque se dissipent les effets des anesthésiques.

Le deuxième malade subissait l'opération de la circoncision; tout allait parfaitement bien, lorsque l'aide qui était chargé de suivre l'état du pouls me dit qu'il n'y avait plus de pulsations. Je trouvais les mêmes apparences, les mêmes symptômes notés dans ma première observation; de même je pratiquai l'insufflation bouche à bouche, et le retour à la vie fut aussi instantané, aussi complet.

Mes deux autres opérés présentèrent exactement les mêmes accidents, et de même aussi l'insufflation les fit revivre.

Ainsi, sur ces quatre malades aussi morts que possible, moins la continuité, quatre fois j'ai réussi, et réussi aussi sûrement et aussi rapidement. Comment l'air ainsi insufflé a-t-il agi? par où s'est il introduit? Peu importe l'explication; les faits restent.

Dans tout ce que j'ai dit, messieurs, je n'ai rien ajouté, je n'ai pas cherché à colorer mon récit; je vous ai rigoureusement exposé les faits.

Le moyen que je propose est simple, il est à la portée de tous, et il n'a jamais été employé, que je sache. Ainsi, je demanderai à M. Robert si on a jamais rien fait de pareil? Je sais que dans deux ou trois cas on a essayé des insufflations, portées même jusque dans le larynx, mais jamais on n'a immédiatement et avant tout autre traitement, essayé de l'insufflation comme je la pratique. Il ne faut pas arriver trop tard, car alors on vient après le dernier souffle du malade, et je veux que mon souffle soit l'avant-dernier. C'est donc au moment même de la sidération qu'il faut agir. Tant que cette pratique n'aura pas été essayée sans être suivie de succès, j'aurai pour elle la plus grande prédilection, et je la croirai souveraine.

*Le secrétaire de la Société*, A. Laborie.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.

DATE DUE

ARGUS STORAGE

SEP 19 1978

261-2500

Printed in USA

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 9574